Nr. 48. 25. listopada 1928. Rok VII.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

WILLIAM HARVEY

w trzechsetną rocznicę odkrycia krążenia krwi*).

W nauce naszej nastąpił zasadniczy przełom z odkryciem krążenia krwi. Rok 1628, a więc temu 300 lat ogłasza William Harvey z Londynu nieśmiertelne swoje odkrycie w dziele: *Exercitatio anatomica de motu cordis et sanguinis in animalibus* — ogłasza ze względów osobistych i miejscowych, w Frankfurcie. Aby zrozumieć doniosłość chwili tej cofnijmy się myślą wstecz o lat kilkadziesiąt przed Harvey'em i przypatrzmy się ówczesnym prądom umysłowym i kierunkom myśli lekarskiej w okresie późnego odrodzenia, w okresie, który zwiastował narodziny medycyny nowoczesnej. Nakształt granitowych podwalin jaśnieją na horyzoncie nauki naszej trzej mężowie. Zasłynął już kilkadziesiąt lat przedtem wielki Andrzej Vesal (1514—1561). Jego anatomja ludzka w r. *1542: Corporis humani fabrica* z przepysznemi illustracjami, które wykonał uczeń Tycjana, Johannes de Kalkar — była na owe czasy niedościgniona, bo opartą na rozbiorze zwłok ludzkich; stwierdza on około 200 błędów w pismach wielkiego Galena, uważanych dotąd za świętość nietykalną. Odwaga śmiałego nowatora wywołała powszechne zdumienie — a po latach ogólne uznanie i sławą otoczyło zasłużoną w całym ówczesnym świecie uczonym.

Drugim mężem, który zajaśniał na widnokręgu ówczesnej medycyny był Ambroise Paré (1510—1590) ojciec chirurgji francuskiej o którym wyraża się autor niemiecki [1]): nikt tyle nie zdziałał dla chirurgji, co on; nikt nie pracował z takim praktycznym talentem, z takim duchem wynalazczym i z taką obfitością środków pomocniczych... otworzył on nowe drogi... uprościł leczenie złamań i zwichnięć, z gruntu przeistoczył leczenie ran, podwiązywanie krwawiących naczyń i t. d.

Trzecim wreszcie mężem, który pchnął medycynę na nowe tory był Paracelsus. (1491—1541), niemiec, genjalny lekarz, filozof, marzyciel, poniekąd mistyk. Zasady jego terapeutyczne, oparte na doświadczeniu i logicznem wnioskowaniu zachwiały dotychczasowemi poglądami. Farmakologję wzbogacił dziś jeszcze używanemi przetworami rtęci, antymonu, siarki, żelaza i t. d., a oryginalne poglądy na zdrowie i chorobę jako wynik działań chemicznych i biologicznych przeplatane wprawdzie uwagami filozoficznemi — świeży wprowadziły prąd do medycyny i były owocnymi fermentami dla myśli następnych pokoleń. Umysł burzliwy, burzący a przecież twórczy.

Mimo jego dziwaczne poglądy na przyczyny chorób *(ens morbi)* uznać musimy w nim ściśle przyrodniczo myślącego lekarza. Rozróżnia *Ens astorum, Ens veneni*, od zewnątrz i wewnątrz (samozakażenia, choroby zakaźne, zatrucia) *Ens naturale* (ustrojowe, konstytucjonalne choroby), *Ens spirituale* (przyczyny psychiczne) wreszcie *Ens deale* (z bożego dopustu). Znał skazę moczanową i wypocinową *(Diath. exsud.)*. Podstawę życia nazwał *Archaeus*. Poznanie leków swoistych *Arcana*, uważał za pierwsze zadanie lekarza, od którego żądał idealnego etycznego postępowania.

Przypomnijmy sobie, że to były czasy Kopernika, (1473—1543), również lekarza syna warmijskiej polskiej ziemi, nieśmiertelnego odkrywcy prawideł krążenia ziemi i ruchu planet około słońca, autora dzieła: *De revolutionibus orbium coelstium*, — że kilkadziesiąt lat później zjawia się Kartezjusz (1596—1649) jeszcze i dotąd jeden z najznakomitszych filozofów; są to czasy Bacona z Verulam (1561—1626), który również na niebosklonie filozofji błyszczy jako gwiazda pierwszorzędna, przedstawiciel metody indukcyjnej, który wskazał i medycynie jako jedyne drogi: rozbiór przypadków chorobowych u łoża chorego, powtóre potrzebę badań anatomicznych a wreszcie konieczność doświadczeń na zwierzęciu. Od niego pochodzą też lapidarne powiedzenia: *„Prudens interrogare, est quasi dimidium scientiae"* i *„vere scire est per causas scire"*. Na drugą połowę wieku XVI przypadają też sypiące się jak, z rogu obfitości, anatomiczne odkrycia Fallopia (1523—1562), Eustachia (1574), Aranzia (1530—1589), i w. w. i. Są to czasy Elżbiety w Anglji (1553—1603), czasy Szekspira (1564—1616), wielkiego Gallile'a (1564—1642) i Keplera (1561—1630) — słowem czasy niebywałego ogólnego ruchu umysłowego.

W Polsce na drugą połowę wieku XVI a pierwszą XVII przypadają czasy króla Zygmunta Augusta (1548—1572) i lekarza jego przybocznego Józefa Strusia, poznańczyka (1510—1548) autora słynnego dzieła o tętnie: *Sphygmicae artis iam mille ducentos annos perditae et desideratae. Libri V. Bazylea 1555* — dalej czasy panowania Batorego (1576—1586), Zygmunta III (1588—1632) — okresy wspaniale rozwiniętej kultury narodu.



W medycynie zjawiają się na zachodzie znakomici przedstawiciele szkoły jatrochemicznej, tkwiącej korzeniami swoimi jeszcze w poglądach Paracelsa. Jednym z najgłośniejszych jest John Baptista, van Helmont (1578—1644) fizjolog, patolog, farmakolog i doskonały terapeuta. Wyjątkowy umysł dążący do zreformowania całej medycyny. Przejęty najszczytniejszem pojęciem o posłannictwie i powołaniu lekarza, upatruje jako cel swój, zbadanie źródeł życia: ogłasza szereg polemicznych dzieł, ciągle jednak w rozterce ze swoją głęboką czystą wiarą, która stara się pogodzić z nauką. Z przekonania jest zaciętym przeciwnikiem upustów krwi. Po jego śmierci ogłasza syn znakomite dzieło ojca: *„Ortus medicinae, id est initia physicae inaudita. Progressus novus in morborum ultionem ad vitam longam. 1648. Amstelod"*.

Druga połowa wieku XVI i pierwsza wieku XVII — jak widzimy, obejmują reformy zasadnicze medycyny, jak również nauk pomocniczych, okres wprowadzenia nowych metod, nowych leków mikroskopu, słowem okres stosowania już przyrządów dokładniejszych. Zwolna uwydatniają się też w medycynie początki, dwu kierunków później rozwiniętych, jatrofizykalny wzgl. jatromechaniczny i kierunek poniekąd przeciwny, wspomniany wyżej jatrochemiczny, którego późniejszym przedstawicielem będzie de le Boë Sylvius, twórca poglądów o „ostrościach krwi". W szczególności wziął górę prąd prawie żywiołowy, powrotu do zasad hipokratesowskich i zaniechanie teoretycznych apriorystycznych bezpłodnych spekulacji: powstają kliniki lekarskie a myśl uczonych uwalnia się od więzów scholastycznych; w nauce zjawiają się

*) Podług odczytu w Lwowskiem Tow. Lek. 26. X. 1928.

[1]) Biogr. Lexic. T. IV, str. 487.

nowe nieraz wręcz rewolucyjne poglądy początek swój wywodzące jeszcze od Paracelsa, którego wszak zasadą już było zawsze i wszędzie w badaniach: *Experimentum ac ratio.*

Oto obraz stanu umysłów, przedstawicieli świata lekarskiego ówczesnego, wśród którego rozwijała się i dojrzała myśl i nieśmiertelne Harveya odkrycie.

William Harvey, najstarszy syn dziewięciorga rodzeństwa, pochodził z rodziny arystokratycznej, hrabiów z Bristolu, urodził się 1. IV. 1578 w Folkestone; po studjach w Canterbury (1588—1593), w Cambridge (1593—1507) po uzyskaniu stopnia bakałarza nauk wyzwolonych B. A., wyjechał do Włoch, gdzie uczył się anatomji u Fabricjusza ab Aquapendente, zaś wykonawstwa lekarskiego u znakomitego praktyka w Padwie J. Tom. Minadousa († 1615 w Florencji), autora szeregu prac poważnych, z których zasługują dwie i dziś na uwagę: *De ratione mittendi sanguinem in febribus* (Wenecja 1587) i *De morbo cirrhorum seu de helotide quae Polonis goździk, consultatio* (Padwa 1590). Uzyskawszy w Padwie stopień doktora w r. 1602, jako 24-letni młodzieniec wraca do kraju i w krótkim czasie staje się Harvey, jako lekarz ulubieńcem chorych; 5. VI. 1607 zostaje członkiem *College of Physicians* a w dwa lata później już otrzymuje stanowisko w szpitalu *Bartholomews-Hospital*, — zostaje nadzwyczajnym przybocznym lekarzem króla Jakóba I — wreszcie zostaje profesorem anatomji i chirurgji w Królewsk. kol. lek. Po śmierci króla (1625) ogłasza w 50-tym roku życia swego, pomnikowe swoje odkrycia w r. 1628. W roku 1632 obejmuje stanowisko rzeczywistego lekarza przybocznego króla Karola I — który też brał żywy udział w pracach Harveya[2]).

W czasie wojny domowej zostaje przeniesiony do Oxfordu, gdzie w r. 1642 wchodzi w skład uniwersytetu i obejmuje kierownictwo *„Morton College"*. Wraca do Londynu, patrzy na stracenie króla Karola I.

Z wizerunków, które do nas przeszły, widzimy, że twarz Harveya była dziwnie uduchowiona, szczupła o pięknych oczach, czoło wysokie okolone włosami w tył zaczesanymi, spadającymi w kędziorach na szyję. Broda krótko strzyżona — podług ówczesnej mody. Harvey miał być śniadej cery, niskiego wzrostu. Wśród walk ulicznych (1642) czyta spokojnie książkę, póki pocisk armatni przypadkowo wybuchający w sąsiedztwie, nie wytrąca go z równowagi.

W czasie wojny domowej stracił majątek i bibljotekę. Straty zniósł z filozoficzną rezygnacją, pracując dalej. Zmarł 3. VI. 1657, przeżywszy 79 lat, w domu brata. Pochowany w Hempstead.

Z licznych uwag zawartych w dziełach Harveya, widać że doskonale znał Aristotelesa, niedoścignionego przyrodnika starożytności, również i Galena.

Galen ów wielki lekarz z Pergamu nauczał, że istnieje *„Vis pulsificans"*, że krew wytwarza się w wątrobie i stąd przechodzi do żył i do serca prawego, gdzie prawdopodobnie przez przypuszczalne nieszczelności przegrody dostaje się do lewej komory. Tysiąc lat przeszło panował ten pogląd. Dopiero w połowie wieku XVI Miguel Servetto czyli Servetus, w dziele teologicznem — skazanem na spalenie — p. t. *Christianismi restitutio 1553, r. Viennae Allobrogum* p. 170 i 171, mówiąc o Duchu św. mówi o krążeniu krwi w płucach... *Fiat autem communicatio, haec non per parietem cordis medium, ut vulgo creditur, sed magno artificio a dextra cordis ventric, longo per pulmones ductu agitatur subtilis*[3]). I Servetus sądzi, że krew wytwarza się w wątrobie, dochodzi do prawego serca i żył. Częściowo zwolna wytwarzają się pojęcia o istnieniu krążenia małego. Najlepiej wyjaśnia sprawę krążenia małego Realdo Colombo w r. 1593, zajmuje on się przedmiotem tym samym co i Harvey i w dziele *„de re anatomica"* na podstawie przepysznie a dziwnie pomysłowo dokonanych wiwisekcji[4]) — udowadniając liczne błędy Galena, wykazuje, że nigdy Galen sekcji na ludzkich zwłokach nie wykonał i tłumaczy ważność skurczu i rozkurczu i ich stosunek do tętna. Stwierdziwszy jako pierwszy, że w żyłach płucnych krąży krew — szczegół pierwszorzędnej wagi — mimo to przypuszcza jeszcze *„Pneuma"* naukę o *Spiritus naturale vitale i animale*, więc istnienie soków żywotnych wytwarzających się w płucach. O krok dalej posuwa tą kwestję Cesalpini — uczeń Colomba, jednak i, on nie przypuszcza jeszcze, że w tętnicach znachodzi się krew; o krążeniu krwi nie miał wcale wyobrażenia, jak tylu innych badaczy i autorów tego działu; a był ich liczny poczet w ciągu wieków!

Harvey nieśmiertelny badacz, rozbierając krytycznie dotychczasowe poglądy Aristotelesa, przedewszystkiem zaś Galena: o wytwarzaniu się krwi w wątrobie (z pożywienia), o przechodzeniu krwi przez naczynia krwionośne, przeradzając się w końcu w tkankę, powątpiewając o tem, jakoby tak szeroka tętnica jak tętnica płucna, wyłącznie tylko służyła do odżywiania płuc, domyślając się istotnego znaczenia zastawek żylnych, nie wierząc w możliwości znachodzenia sią powietrza w tętnicach, ani w przechodzenie krwi przez przegrodę komór — napotykając wprost na las sprzeczności, poszukiwał dróg w tym labiryncie Galena. Wątpliwości te popchnęły Harvey'a do gorączkowej pracy trwającej kilkanaście lat.

Wiedział, że oparcie się na faktach potrafi niewzruszone dać podwaliny pod nowy wielce skomplikowany wspaniały budynek. Przyznaje też, że... *tum quod non ex libris sed ex dissectionibus, non ex placitis philosophorum, sed fabrica naturae discere et docere anatomen profitear...* Oparłszy się o anatomję i fizjologję, z nieubłaganą logiką wykazuje mylność błędów dotychczasowych przeprowadzając dowody, czasem drogą indukcyjną, często doświadczalną. Badania żmudne, lata trwające, objęły badania na zwłokach, na sercach zwierząt ciepło i zimno krwistych, na sercu wolno bijącem i na sercu obumierającem, na nastrzykiwanych naczyniach krwionośnych a wreszcie na bardzo szczegółowem badaniu zastawek. Przyświecała mu ciągle niezaprzeczona wartość spostrzegania... *sensus nos facere debet certiores, non recepta radio; αὐτοψία non mentis agitatio* (cyt. podł. Brauna). Co do zastawek nadmienić należy, że je odkrył jeszcze w roku 1546 Canaani, zaś nauczyciel Harvey'a, Fabricius ab Aquapendente *(Girolamo Fabrizi z Aq. p.)* niewątpliwie demonstrował je uczniom swoim. Istotną jednak ich funkcję i znaczenie poznaje dopiero Harvey ogłasza wiekopomną swoją pracę *De motu cordis.*

Pracę swoją dedykuje królowi Karolowi: „Tak jak serce jest podstawą istot żyjących, słońcem małego ich świata... tak też król jest podwaliną swego państwa... słońcem swego świata... tak jak ludzkie czyny przeważnie, tak i przeważnie czyny króla dzieją się pod wpływem serca: — znajomość tedy serca własnego i dla króla nie jest bez korzyści". Druga dedykacja skierowana do Kolegjum lek. w Londynie na ręce Dra Argent, do swgo przyjaciela i pozostałych lekarzy, swych „bardzo kochanych" kolegów, również i licznych gości.

W przedmowie stwierdza Harvey, że to co dotychczas pisano o ruchu i czynności serca i tętnie — nie całkiem jest pewnem. Tytuły rozdziałów opiewają:

1 rozdział: Przyczyny, które skłoniły autora do napisania tej pracy.

2 rozdział: Jak odbywa się ruch serca na podstawie wiwisekcji;

3 rozdział: Ruch tętnic na podstawie wiwisekcji;

4 rozdział: Ruch serca i przedsionków (uszek) na podstawie wiwisekcji;

5 rozdział: Ruch serca jako czynność i praca celowa;

6 rozdział: Jakiemi drogami dostaje się krew z żyły próżnej *(V. cava)* do tętnic, względnie z prawej komory do lewej;

7 rozdział: krew płynie z komory prawej przez miąższ płuc do żylnej tętnicy *(art. venosa)* i do lewej komory;

8 rozdział: ilość krwi, która przez serce z żył przepływa do tętnic i krążenie krwi;

9 rozdział: istnienie krążenia krwi wynika z podstaw „pierwszej tezy"[5]);

10 rozdział: Pierwszą tezę w sprawie ilości krwi z żył do tętnic się dostającej — również i istnienie krążenia krwi — broni autor przeciw zarzutom, i doświadczeniami jeszcze ją uzasadnia;

11 rozdział: udowadnia się, że druga teza jest słuszną;

12 rozdział: istnienie krążenia krwi wynika z drugiej tezy;

13 rozdział: Dowody dla trzeciej tezy; Istnienie krążenia krwi uzasadnia trzecia teza;

14 rozdział: Zakończenie dowodów krążenia krwi.

15 rozdział: Krążenie krwi uzasadniają dowody prawdopodobieństwa;

16 rozdział: Wyniki dowodzą krążenia krwi;

---

[2]) Porown. Harvey: *Exercitat. de Gener. animal. Amsterdam 1657 Str. 279. Exercitatio LXIV.*

[3]) Cyt. podług Haesera.

[4]) Drobiazgowo podaje opisy sposobów wykonywania wiwisekcji, szczególnie na psach; podziw wzbudzają jego opisy ruchów serca; szczegóły w rozprawie o płodzie są niesłychanie zajmujące np. samice u których wykonano laparotomję, troszczą się bardziej o swe potomstwo niż o siebie — jeżeli matka spostrzeże, że się kaleczy jej potomstwo wyjęte z macicy, szczeka głośno — „jeżeli jednak" zbliżysz go do pyska zamilknie i językiem czule oblizuje szczenię". Zbliżywszy co innego kąsa! (Töply, str. 116).

[5]) W tym rozdziale przedstawia Harvey trzy tezy, na których opiera swe wnioski.

17 rozdział: Ruch krwi i krążenie krwi, zostają potwierdzone zjawiskami na sercu i szczegółami, które stwierdza się przy sekcjach.

Oto w największem streszczeniu wyniki:

Czynnym okresem ruchów serca jest skurcz a nie rozkurcz; kurczące się ściany mięśnia sercowego zmieniają postać serca; serce staje się wtedy twardem i bladem; lewa komora odbywa częściowo ruch rotacyjny — koniuszek serca unosi się ku przodowi i uderza o ścianę klatki piersiowej; skurcz rozpoczyna się od przedsionków i postępuje ku komorom; zastawki są tak urządzone, że podczas rozkurczu umożliwiają dostawanie się krwi z przedsionków do komór, — zaś podczas skurczu zamykają. odwrót krwi ku przedsionkom i żyłom, natomiast ułatwiają odpływ krwi do tętnicy płucnej i do tętnicy głównej; w obu tych tętnicach zastawki półksiężycowatej, uniemożliwiają cofanie się krwi — do serca w czasie rozkurczu; krew z prawego serca dostaje się do płuc, a stąd znów żyłami płucnemi *„arteriae venosae"*, wraca do lewego przedsionka. Z rozgałęzień końcowych naczyń tętniczych dostaje się krew przez miąższ ciała przez przypuszczalne *„carnis porositates"* do żył a stąd wraca do prawego przedsionka. Otóż mamy *circuitus sanguinis*, krążenie krwi, ogłoszone światu w roku 1628 o którym w końcu mówi Harvey w tych słowach: *cum haec confirmata sint omnia,... necesarium est concludere, circulari quodam motu in circuitu agitari in animalibus sanguinem; et esse in perpetuo motu, et hanc esse actionem sive functionem cordis, quam pulsu peragit, et omnino motus et pulsus cordis causam unam esse* [6]).

Słowa te brzmią jak spiż niewzruszone, wspaniałe, po wsze czasy — czuł też Harvey, że rozpoczyna się nowy dla rozwoju całej medycyny okres.

Dwadzieścia dziewięć lat później t. j. w r. 1661 odkrywa Malpighi drobnowidem krążenie krwi w naczyniach włosowatych na płucach i pęcherzu moczowym żaby. W ten sposób brakującem ostatniem ogniwem zamknął Malpighi koło Harvey'a.

Odkrycie wiekopomne krążenia krwi nie wyczerpuje całkowitej spuścizny tego wyjątkowego umysłu. W dziele wydanem w roku 1651 p. t. *Exertitatio de generatione animalium, quibus accedunt quedam de partu de membranis ac humoribus de conceptione etc. London* (wydanie poprawione, w Amsterdamie 1651 leży przedemną) przedkłada Harvey nadmierną ilość wyników badań swych, latami prowadzonych, obejmujących szeroki zakres spraw w tytule podanych. Pomiędzy innymi zdumiewającymi spostrzeżeniami i wnioskami wypowiada pierwszy zasadę: *Omne animal ex ovo. Ovum* nie w znaczeniu dzisiejszem, lecz jako materjał żywy, jeszcze nie zróżniczkowany. *Generatio spontanea, aequivoca* — w którą wierzono, znika odtąd z nauki. Pierwszy też Harvey zwraca uwagę na możność osłuchiwania tętna serca. Również i z działów kliniki i anatomji patologicznej zasługuje na zaznaczenie, że pierwszy Harvey stwierdził i opisał *„Cor bovinum..."*.

I w terapji niejedna obserwacja wskazuje na bystrego obserwatora. Pierwszy np. zdaje się stosował w niektórych przypadkach schorzeń serca — masaż! Wspomniałem o tem przed laty w mojej książce [7])w której cytuję słowa Harvey'a — z oryginału r. 1661 *(exercitationes... de motu cordis)* str. 253: *Huic (sc. aegro) aliquid solaminis accidit quoties et quamdiu, tota pectoris regio a fortissimo viro comprimeretur et (sicut pistor panem subigit) depsaretur et tunderetur...* W tym przypadku sekcja wykazała też nadzwyczajny przerost serca całego; za życia chory doznawał gwałtownej duszności i bólów.

Na każdym kroku jaśnieje tu Harvey'a niezrównany dar spostrzegawczy, wielkie lekarskie doświadczenie, ścisły prawie matematyczny sposób wyrażania się i bezwzględna miłość prawdy. Jeżeli chodzi o kwalifikacje genjusza tego, zaliczyłbym Harvey'a do genjuszów „kruszacych pęta swych czasów" [8]).

Miał też Harvey i sporo przeciwników, nieraz i lekceważących wprost nową naukę. Olbrzymią doniosłość odkrycia swego w całej pełni rozumiał Harvey, i dlatego ocenę sprawiedliwą oczekiwał ze spokojem, nie odpowiadając na zaczepki.

We dwa lata po ogłoszeniu dzieła Harvey'a pojawia się w r. 1630 rozprawa Jak. Primros'a: *Exercitationes et animadversiones in librum de motu cordis et circulationem sanguinis adversus Guilielmum Harvey — London.* Zacięty ten sprzeciw spowodował wystąpienie szeregu innych autorów — pozostało ono jednak bez znaczenie. Innego rodzaju było wystąpienie Riolana młodszego (1577—1657), słynnego anatoma, lekarza przybocznego królów francuskich Henryka IV i Ludwika XIII. Temu przeciwnikowi odpowiedział Harvey rozprawą p. t. *Exercitatio anatomica secunda et tertia ad Joannem Riolanum filium. Rotterdam 1649.* Nawet sam wydział lekarski w Paryżu wystąpił przeciw nauce Harvey'a — podtrzymując zmodyfikowany nieco, ale zmurszały system Galen'a. Zasady jednak Harvey'a oparte na anatomji i fizjologji, na obserwacji były nie do obalenia, lecz niektóre szczegóły np. „chemizm" oddychania, sprawa „ducha" w tętnicach i „duchowej" przyrody krwi tętniczej, w którą ogół lekarski jeszcze wówczas wierzył, jako w istotę zgęszczającą się po śmierci niby mgła w postaci kropel kilku i t. p. — kwestje niejasne stanowiły temat sporów.

Z drugiej strony ilość zwolenników Harvey'a statecznie wzrastała, mianowicie, gdy po jego stronie stanął najsławniejszy — i dziś jeszcze podziwiany filozof wielki Kartezjusz (Des Cartes) (1596—1646), autor słynnych *Principia philosophiae* (1644), dalej szereg ówczesnych znakomitości lekarskich, pomiędzy innymi np. Joh van Beverwijck (Beverovicius) a wreszcie wspomniany już wyżej świetny anatom i lekarz Franz de le Boë Sylvius najwybitniejszy przedstawiciel kierunku chemijatrycznego, (Du Bois) (1614—1672), praktyk niezrównany. Widział on jedyną podstawę medycyny w anatomji i fizjologji i obserwacji klinicznej. Lekarz, jeden z najszlachetniejszych, w Amsterdamie, — później pedagog niezrównany w Lugdunie, gdzie tłumy młodzieży żądnej wiedzy siedziały u stóp mistrza wielbionego, którego zasadą terapeutyczną naczelną było: *Virium conservatio, morbis ublatio, causae correctio, symptomatum mitigatio"* a w praktyce lekarskiej: *Bene agere et laetari.* Wystąpienie Sylvius'a — późne wprawdzie — położyło kres polemikom i utrwaliło naukę Harvey'a.

Zaznaczyć wypada, że i późniejsze postępy i odkrycia anatomiczne usunęły wszelkie wątpliwości co do poglądów Harvey'a. I tak w 19 lat po ukazaniu się pracy jego odkrywa Jean Pecquet w r. 1647 przewód piersiowy *(Ductus thoracicus)*, naczynia zaś mleczne już dawniej były odkryte przez Ascelli'ego w Pawji w 1622 r. wraz z ujściem przewodu do lewej żyły podobojczykowej. Odkrycie naczyń włosowatych przez Malpighiego, ukoronowały, jak już wspomniałem, dzieło Harvey'a.

Niech mi wolno będzie przytoczyć na zakończenie sąd o Harvey'u, który wypowiedział fenomenalny lekarz ,anatom, historyk, poeta z bożej łaski, a mimo to człowiek o przysłowionej skromności, twórca nowoczesnej fizjologji a ponadto duch jakich historja cywilizacji niewielu miała, o których można powiedzić, że dzieła ich to: monumenta *aere perennius*, nieśmiertelne — sąd, streszczający się w tem, że po Hipokratesie, po wsze czasy, drugim pozostanie Harvey.

Albrecht Haller (1708—1777) tak mówi:

Ex ea ipsa Anglia, in qua hactenus anatomia fere nulla fuerat, exstitit novum artis lumen, cuius nomen ab ipso retro Hippocrate secundum est [9]).

Piśmiennictwo.

Oprócz wymienionych już 2 dzieł, wydał Harvey szereg prac pomniejszych (*Observationes medicinales; de respiratione; Anatomia medica; Pathologia).* Najdokładniejszą biografję Harvey'a ogłosił w r. 1870 R. Willis: William Harvey. *A history of the circulation of the blood, — with a portrait of Harvey after Faithorne. London)* z wizerunkiem Hartvey'a.

1) L. Aschoff u. P. Diepgen: Kurze Uebersichtstabelle zur Geschichte der Medizin. II. vermehrte Auflage. München — Wiesbaden, Brgmann 1920. — 2) P. Diepgen: Geschichte der Medizin. III Band. Neuzeit. Berlin — Leipzig. Vereinigung wiss. Verl. Sammlung Göschen. 1919. — 3) Biogr. Lexikon der hervorrag. Aerzte aller Zeiten u. Völker von Gurlt-Hirsch. III. Band. Str. 872. 1886 Wien. — 4) Braun: Wilian Harvey — Wien med. Woch. Nr. 40. 1928. — 5) Haeser: Hist. Med. (tłom. Łuczkiewicza). Tom II. Dzieje med. nowożyt. wydanie Kasy Mianowskiego, Warszawa 1886. — 6) Harvey William: Exercitatio anatomica de motu cordis et sanguinis in animalibus. Francof. 1628 (pierwsze wydanie). — 7) Harvey: Exercitationes de generatione animalium. Quibus accedunt quaedam De Partu: de Membranis ac humoribus Uteri de Conceptione. Autore Guilielmo Harveyo, Anglo, in Collegio Medicorum Londinensium Anato-

[6]) cyt. podr. Haesera.

[7]) Terapja chorób serca, Kraków 1899. Nakł. wydaw. dzieł lek. pol., str. 216.

[8]) Niektórzy historycy niemieccy rozróżniają genjusze na: 1) czasy swe w zupełności wypełniające (zeiterfüllende, 2) (zeitsprengende) kruszące pęta swego czasu 3) samotne (einsame).

[9]) Cyt. podług Haesera.

[10]) Oryginał udzielił mi łaskawie do przestudjowania Dyr. bibljoteki Uniwersytetu J. K. Dr. Kotula, za co uprzejmie dziękuję. Również i za dostarczenie pracy Töply'ego. *Autor.*

mes et Chirurgiae Professore. Editio novissima a mendis repurgata. Amstelaedami apud Joannem Ravesteynium. A. 1657 [10]). — 8) Honigmann: Geschichtliche Entwikelung der Medizin Lehmanns Verlag. München 1925. — 9) Klassiker der Medizin herausgegebn v. Karl Sudhoff. Bd. I. William Harvey: Die Bewegung des Herzens und des Blutes (1628) übersetzt und erläutert vom Prof. R. Ritter von Töply in Wien. 1910. Leipzig. Verl. v. Joh. Ambr. Barth [10]).

Prym. Dr. Pisek (Lwów).

SPRAWOZDANIA POGLĄDOWE.

Dr. Jan JANKOWSKI, st. asystent. Lwów.

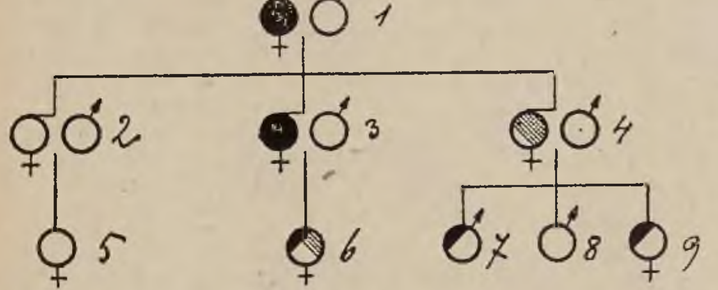
Anafilaksja (Anaphylaxis), nadwrażliwość uczuleniowa (Hypersensitivness) i stany pokrewne.

Z II-giej Kliniki Chorób Wewn. U. J. K. Dyr. Prof. Dr. R. Rencki.

Dokończenie.

Do wykrycia specyficznego wywoływacza przy uczuleniu służą nam jak wiadomo próby skórne, o których pisałem już na innem miejscu [1]).

Jeżelibyśmy ten swoisty wywoływacz odkryli, to w przypadkach czystego uczulenia zrobiliśmy już bardzo dużo, lecz równocześnie wyłania się może najważniejsze pytanie, dlaczego wogóle ten osobnik jest uczulony. Dlaczego tylu innych ludzi, dane substancje spożywa, czy jest w ciągłym kontakcie z danemi substancjami, a mimo to nie ulega uczuleniu. Jeśli więc mamy np. dwuch ludzi żyjących w zupełnie identycznych warunkach zewnętrznych, z których jeden wykazuje uczulenie, a drugi nie, to musimy przyjąć jako przyczynę tego, u pierwszego jakieś zmiany leżące wewnątrz organizmu, umożliwiające powstanie uczulenia, w jego wewnętrznej strukturze, jako skłonność czyli dyspozycja. Jeśli teraz obserwujemy dokładnie te przypadki, jeśli zwracamy uwagę na dane anamnestyczne, dotyczące rodziny, to tak bardzo często spotykamy się z wyraźną dziedzicznością, sięgającą nieraz parę pokoleń wstecz. (Są opisywane obserwacje sięgające do 4-ch pokoleń). Miałem sposobność obserwować osobników należących do jednej rodziny, gdzie dane genealogiczne przedstawiają się w sposób jak podany na poniższym schemacie:



Uwaga: 1) Uczulenie na poziomki, groźne objawy wogóle i pokrzywka. 3) Uczulenie na poziomki, objawy ogólne, pokrzywka, po klimakterjum znacznie mniejsze. 4) Idiosynkrazja na antypirynę. 6) Uczulenie na poziomki w czasie pokwitania, ekcema przy noszeniu pewnych sukien farbowanych specjalną farbą. 7) Uczulenie na poziomki głównie w okresie pokwitania. 9) Słabe uczulenie na poziomki.

W tym przykładzie widzimy, że uczulenie dziedziczy się przez osobniki żeńskie, jednakże zaznaczyć trzeba, że nie jest to jedyny sposób dziedziczenia, i że przez osobniki męskie również dziedziczność przenosić się może. Już na tym przykładzie widzimy (a takich jest wiele), że tu może się dziedziczyć uczulenie do tej samej substancji, tak jakby te specyficzne „reaginy" przechodziły z pokolenia, może jednak, jak przy allergji gruźliczej, dziedziczyć się tylko owa ogólna dyspozycja do stanów allergicznych. Zaznaczyć trzeba że dyspozycja ta objawiać się może w sposób swoisty już od samego urodzenia, jako t. zw. genotyp, może jednak wystąpić dopiero z biegiem czasu, jako t. zw. fenotyp. W moich przypadkach rolę czynników ujawniających odgrywał przedewszystkiem okres pokwitania, a więc spotykamy się tutaj z wpływem gruczołów wkrewnych. Jeśli się zważy jakie zaburzenia w całym ustroju wogóle a w układzie wegetatywnym w szczególe sprowadza pokwitanie to nie zdziwi nas, że ma ono taki wpływ na powstawanie tych objawów i na ujawnianie dziedzicznych ukrytych skłonności.

Na czem polega ta dyspozycja, o której wyżej mówiliśmy? Kammerer mówi o specjalnie nastawionym komórkowym mechanizmie allergicznym, polegającym na danych konstytucjonalnych. Jest to jednak pojęcie jeszcze bardzo szerokie i bardzo płynne. Chcąc jednak wniknąć w pewne znane nam czynniki z mechanizmem tym w związku stojące, spotykamy się na pierwszym planie z układem wegetatywnym. Rolę układu wegetatywnego w rozodpornieniu już omawiałem, rola ta w allergji i nadwrażliwości uczuleniowej jest jeszcze wybitniejsza i ściślejsza, jak tego zresztą dowodzi już sam fakt, że uczulenie występuje wśród objawów nerwic wegetatywnych, występuje właśnie u takich ludzi, u których te objawy, jak dychawica oskrzelowa i t. d. istnieć mogą samoistnie na tle zaburzeń w układzie wegetatywnym. Bodźce wegetatywne wpływają na ilość, czy rozmieszczenie swoistych ciał odczynu, a dzięki swym jonom wegetatywnym K. Ca. na przepuszczalność błon komórek i naczyń (K zwiększa, Ca zmniejsza przepuszczalność) a więc na sprawę tak ważną w uczuleniu. Chwiejność układu wegetatywnego ze skłonnością do parasympatikozy stanowiłaby więc jedną stronę tej dyspozycji.

Z układem wegetatywnym są bardzo ściśle związane gruczoły wkrewne. Wpływ niektórych z nich jest bardzo wybitny, jakkolwiek niezupełnie jasny tak na stany allergiczne, jak i już nawet na doświadczalne rozodpornienie. Najwybitniejszy jest wpływ tarczycy, o którym już wyżej mówiłem. Rola innych gruczołów wkrewnych jest mało znana. O wpływie adrenaliny i pokwitania również wspominałem wyżej. Wypadnięcie funkcji nadnerczy samo nie jest w stanie wywołać omawianej dyspozycji. Ze stosunku przysadki znanem jest tylko zbawienne działanie pituitryny. Wyciąg z przytarczycy i tylnego płata przysadki, podany przed dawką rozpętującą ma znosić wstrząs (zapewne wskutek znowu dwufazowości działania, a nie, jak chce de Waele, wskutek czystej wagotonji). Widzimy więc, że wpływ gruczołów wkrewnych istnieje, choć nie jest bliżej zdefinjowany. Jest on w dużej mierze pośredni, przez układ wegetatywny.

Z objawami wstrząsu i z objawami allergicznemi ściśle związanym jest jeszcze stan naczyń. U chorych tych spotykamy się zawsze z pewną mniejszą wartościowością naczyń, zwiększoną pobudliwością aparatu naczynioruchowego (dermografja) i łatwiejszą przenikalnością naczyń, która objawiać się może skłonnością do obrzęków, a nawet skazą wysiękową. Jak ważną jest owa przenikalność naczyń przy rozodpornieniu, wiemy z badań Manwaringa. Heubner podaje, że kapilary, niezależnie od żył i tętnic mają swój aparat naczynioruchowy, podlegający układowi wegetatywnemu. Podobnież i kwestja przenikalności związana jest z układem wegetatywnem. Nie należy tu zapominać o roli jonów wegetatywnych (K zwiększa, Ca zmniejsza przenikliwość).

Różni autorowie podają związek, jaki istnieje między omawianemi stanami a szeregiem skaz, jak skaza wysiękowa, artrytyczna, moczanowa i t. p. Sądzę że jeżeli zważymy jaki wpływ ma układ wegetatywny, na ewentualne powstawanie tych skaz, na przenikliwość naczyń (jak wyżej wspomnieliśmy) na przemianę materji wogóle, a na przemianę purynową w szczególe (a więc na powstawanie skazy moczanowej), to związek ten tych skaz z omawianemi sprawami zupełnie nas dziwić nie powinien.

Wpływ sfery psychicznej układu nerwowego centralnego na te sprawy, i objawy jest olbrzymi. Na samo jednak uczulenie wpływ ten istnieje tylko za pośrednictwem układu wegetatywnego. Z kolei rzeczy wyłania się teraz pytanie, czy te wszystkie zmiany i czynniki, które cechują dyspozycję allergiczną, muszą powstać na tle dziedziczności, czy dany osobnik musi je przynieść ze sobą na świat wskutek pewnych atawistycznych momentów w formie pełnej, rozwiniętej, czy tylko jako podkład. A może mogą one wogóle powstać i rozwinąć się dopiero w ciągu życia?

Wiemy że każdy bodziec, działający na ustrój, działa w pierwszym rzędzie na układ wegetatywny. Reakcja na te bodźce przebiega bezpośrednio, jako odruch układu nerwowego roślinnego, lub pośrednio kierowana przez ten układ, a produkty tych reakcyj mają nieraz ogromny wpływ na wymieniony układ. Otóż jeżeli uprzytomnimy sobie pewną grę tych bodźców, zwłaszcza w pewnych niedogodnych dla ustroju warunkach, jak choroby, bodźce klimatyczne (zwłaszcza przy ostrej zmianie klimatu), bodźce termiczne, aktyniczne, chemiczne i t. p. warunki odżywienia i t. d. jeśli zwłaszcza mamy do czynienia z bodźcami zbyt gwałtownemi, długo trwającemi, często a nie regularnie się powtarzającemi, zwłaszcza w czasie choroby przy wyczerpaniu ustroju i t. p., to możemy sobie wyobrazić, że może tu przyjść do pewnego wyczerpania się

---

[1]) Polskie Archiwum Medycyny Wewnętrznej 1926. IV.

mechanizmu regulującego i do przejściowego lub trwalszego przesunięcia patologicznego w układzie wegetatywnym. Nie jest więc wykluczonem, że wskutek tych bodźców może powstać dyspozycja, zwłaszcza przy istniejącem już pewnem podłożu może się potem w pełni rozwinąć.

Wróćmy teraz znowu do samego uczulenia i ewentualnych sposobów powstawania tegoż. Oto w wielu wypadkach widzimy je już w pełnej specyficznej formie rozwinięte odrazu. Chory już przy pierwszem w życiu zetknięciu się z daną substancją reaguje w sposób swoisty. Tutaj więc cała sprawa jest wrodzoną, czy dziedziczną. W innych jednak przypadkach występuje ono w ciągu życia i to nieraz bez danych, aby ta swoistość była dziedziczną. Doerr sądzi, że nawet te pozorne wrodzone idiosynkrazje powstają na tle uczulenia jak rozodpornienie. W stosunku do pewnych objawów wstrząsu po zastrzyku surowic, da się to lekko wytłumaczyć uczuleniem, które powstało przez pierwszy zastrzyk. W dwuch wypadkach obserwowanych u nas uczulenia na lek pewien, chorzy ci tego leku przez czas dłuższy w nadmiernej ilości używali, potem na dłuższy okres czasu zaprzestali używać. Gdy potem spróbowali go, odrazu wystąpiły objawy nadwrażliwości. Tu więc owe pierwsze nadmierne spożywanie było dawką uczulającą, a następowy okres nieużywania stworzył czas potrzebny do inkubacji. Jeśli jednak zważymy jak mało wywoływacza potrzeba na dawkę uczulającą, a przy istniejącej dyspozycji może jeszcze mniej, to zrozumiemy jak fakt samego uczulenia może ujść uwadze i samego chorego i lekarza. Operując kryterjami rozodpornienia, musimy przyjąć, że dana substancja o większej drobinie, wtargnęła nierozbita do ustroju. Otóż mamy tu dwie bramy wejścia: błona śluzowa dróg oddechowych, i błona śluzowa przewodu pokarmowego, która może być bardziej przenikliwa w pewnych stanach patologicznych, np. przy stanie zapalenia, a tembardziej przy równocześnie istniejącej dyspozycji.

Omawiając kwestję powstawania uczulenia z przewodu pokarmowego nie możemy pominąć roli wątroby. O roli tego organu przy rozodpornieniu mówiliśmy szeroko wyżej, i jak widzieliśmy, jest on potrzebny do powstawania stanu rozodpornienia wogóle. Hajos na podstawie swych doświadczeń podkreśla, że ważnym jest stan ściany jelita i wątroby na powstawanie uczulenia. U ludzi, którzy zmarli wśród objawów wstrząsu, widzimy na autopsji prawie zawsze daleko idące zmiany w wątrobie (Hinner, Dean, Gard). Kämmerer sądzi że jeśli nieszkodliwe ciała mogą powodować takie uczulenie, to należy przyjąć pewną mniejszą wartościowość wątroby. Ciekawe spostrzeżenia podaje badacz japoński Hiki Yoshiyuki. Wykazał on u zwierząt, że o ile podaż białka do przewodu pokarmowego przekroczy na raz pewną granicę, to drobiny białka przenikają w całości przez błonę śluzową jelita i możemy wykazać je za pomocą metody skłaczkowacenia we krwi żyły bramnej. Dalej jednak tych drobin nie puszcza wątroba, która białko to wyłapuje. Jednak i ta zdolność wątroby ma swe granice, którą też udało mu się przekroczyć. Z badań i spostrzeżeń Sochańskiego wiemy, że funkcja wątroby zależy w dużej mierze od układu nerwowego wegetatywnego. Otóż przy znanej chwiejności tegoż układu przy omawianych sprawach, nie jest wykluczonem, że może zaistnieć przejściowy, chwilowy stan, w którym i błona śluzowa przewodu pokarmowego, (zwłaszcza przy ewentualnem przejściowem zapaleniu), może stać się przepuszczalną, a wątroba wskutek zaburzeń w układzie roślinnym, przy toksycznem na nią działaniu produktów zapalenia, może częściowo stracić tą własność zatrzymywania niedogodnych drobin białka, które przenikając do ogólnego obiegu krwi tworzą dawkę uczulającą. Przepuszczalność błony śluzowej w jelitach i wątroby znika, funkcje wracają do normy, tak że już białko nie przenika więcej do obiegu krwi, ale właśnie ten fakt umożliwia rozwinięcie się potrzebnego okresu inkubacji. Teraz już gdy owa wyżej opisana niedomoga jelit i wątroby pojawi się i gdy drobiny tej samej substancji przenikną do obiegu krwi, wystąpi wstrząs względnie objawy allergiczne. Tak więc mielibyśmy sposób spontanicznego powstawania uczuleniowej nadwrażliwości. Naturalnie przypuszczenia te oparte tylko na dedukcji i pewnych analogjach z rozodpornieniem są czysto hipotetyczne, potwierdzają je jednak odpowiednie badania.

Jeżeli teraz wrócimy znowu do obserwacji uczulenia u ludzi, to rzucającym się w oczy jest fakt, jak często uczuleniowa nadwrażliwość występuje w postaci wielorakiej, równocześnie na wiele substancji. Czasem są to substancje sobie pokrewne jak na przykład mamy w uczuleniu do pyłków roślin należących do tej samej grupy botanicznej, nawet do odmian egzotycznych z tej grupy, z któremi dany osobnik nigdy nic nie miał do czynienia. Tu możemy przypuścić, że wywoływaczem jest pewien składnik charakterystyczny dla tej grupy, a we wszystkich odmianach tej grupy istniejący. Tu więc to wielorakie uczulenie jest pozorne. Często jednak widzimy uczulenie na szereg substancyj różnorodnych jak np. pyłki i produkty pokarmowe i t. p. Szereg tych substancyj jest czasem tak liczny, uczulenie nawet w ciągu obserwacji klinicznej występuje tak łatwo, że odnosi się wrażenie iż chory ten może się uczulić do każdej substancji z którą przez czas pewien wchodzi w jakiś kontakt. Tak naprzykład w jednym przypadku, przez nas obserwowanym znaleźliśmy uczulenie na wiele pokarmów. Po ograniczeniu diety tylko do paru gatunków pożywienia, obserwowaliśmy po pewnym czasie, że i te pokarmy początkowo nieszkodliwe poczęły wywoływać objawy uczulenia. Tu możemy mówić o rzeczywistej skazie uczuleniowej *(diathesis allergica)* Kämmerera. Czy jednak nazwę tą zastosować do pojedyńczej idiosynkrazji, czy uczuleniowej nadwrażliwości? Sprawa ta jednak nie jest zasadniczego znaczenia. Tak czy owak nawet pojedyńczego uczulenia bez istniejącej dyspozycji konstytucjonalnej wyobrazić sobie nie możemy.

Na powstawanie uczulenia i dyspozycji uczuleniowej ogromny wpływ mają bodźce duchowe. Wypadki uczulenia spotykamy głównie właśnie u ludzi neuropatycznych, bardzo wrażliwych o nierównem usposobieniu. Z badań Sochańskiego wiemy, jak każdy bodziec affektywny działa na ustrój i na układ wegetatywny sprowadzając w tymże nieraz dalego idące wychylenia, jasnem jest więc, że te nadmierne affekty wyczerpują system wegetatywny, sprowadzają nierównowagę wegetatywną. Jak już wyżej wspomniałem, ważnym czynnikiem są tu także warunki klimatyczne, jak zmiany barometryczne, temperatury, wiatry, wilgotność powietrza, mgły i t. p. Wszystko to przyczynia się do chwiejności wegetatywnej.

W bardzo interesujący sposób zachowują się w uczuleniu bodźce psychiczne. W ciągu rozwoju choroby przychodzi do tego, że bodziec psychiczny działa wprost na mechanizm objawów allergicznych, nawet w miejsce wywoływacza, który początkowo mógł być jedyną przyczyną objawów. Tak naprzykład sam widok a nawet samo wyobrażenie substancji szkodliwej może powodować pierwotnie swoiste objawy.

Interesujące pod tym względem przypadki opisuje Sticker: Syn znanego entomologa Bischoffa przyniósł raz do domu parę gąsienic. W godzinę potem dostał silnych objawów zapalenia skóry. Okazało się potem, że ilekroć spotykał te same gąsienice dostawał tych samych objawów. Po roku ile razy mówiono w jego obecności o tym gatunku gąsienic to zawsze występowały u niego objawy podobne. Podobne przypadki opisuje Büring. Chodziło tu o pacjenta który dostawal pokrzywki po zjedzeniu jaj. Pewnego razu domieszano mu potajemnie do pokarmów jaja. Chory żadnych objawów nie dostał, gdy jednak po ośmiu dniach o tem się dowiedział natychmiast bez żadnej innej przyczyny wystąpiły silne objawy pokrzywki. Jeszcze dziwniejszy przypadek opisuje Sticker: chory dostawał silnego napadu dychawicy oskrzelowej ilekroć słuchał koncertu i to tylko po pewnych utworach muzycznych, które specjalnie na jego psychikę działały. Siła napadów miała być miarą odniesionego wrażenia estetycznego. Wiele razy daje się spotykać fakt, że sama obawa przed napadem wywołuje tenże napad. W jednym przypadku u nas obserwowanym chodziło o uczulenie do pewnych pokarmów. Z biegiem czasu objawy pokrzywki występowały także po innych bodźcach. Na koniec wiele razy chory wybierał się np. na jakieś zebranie towarzyskie, gdzie mu specjalnie zależało aby być wolnym od krępujących go objawów .tyle razy właśnie obiawy te samoistnie się pojawiały.

Na koniec nie można pominąć badań autorów amerykańskich, którzy wykazują, że znacznie łatwiej jest wywołać eksperymentalnie stan anafilaksji u zwierząt trzymanych na pożywieniu pozbawionem witamin. Czynnik dietetyczny w szczególności brak witamin, przeżywianie się pokarmami obfitującemi w zasady purynowe, przeżywianie się mięsem odgrywa w powstawaniu uczuleniowej nadwrażliwości niepoślednią rolę. Te czynniki tłómaczą nam fakt dlaczego w pewnych krajach np. w Anglji i w Ameryce omawiane przypadki i uczulenia zdarzają się bez porównania częściej, o czem mogłem się sam naocznie przekonać pracując w Johns Hopkins Hospital w Baltimore a następnie przez czas pewien w New-York Hospital na oddziele Dra Coca, gdzie zgłaszało się codzień po kilkudziesięciu chorych z omawianemi objawami. Kto zna wyczerpujący tryb życia w Ameryce ten nie będzie się dziwił, że w dyspenzarjach amerykańskich do 80% badanych przypadków należy do rozmaitego typu nerwic. Znane mgły angielskie uspasabiają do katarów dróg oddechowych. Brak witamin w pożywieniu, które w Ameryce dopiero w ostatnich czasach wskutek energicznej a czasem nawet przesadnej propagandy organów służby zdrowia publicznego, są więcej uwzględniane, nadmierne spożywanie mięsa może być jedną z wielu przyczyn.

Pozostaje nam jeszcze do omówienia jedna bardzo ważna kwestja, a mianowicie stosunek samego uczulenia do jego objawów spotykanych u ludzi, przedewszystkiem dychawicy oskrzelowej, pokrzywki, obrzęku przejściowego i t. p. Już parokrotnie podnosiłem, że sprawy te trzeba brać osobno, objawy te występują także samoistnie, bez związku z uczuleniem, uczulenie zaś jest tylko jednym z szeregu czynników etjologicznych, ważnym, lecz nie wyłącznym. Wstrząs uczuleniowy wywołuje zaburzenia w układzie wegetatywnym, wywołuje odruch wagotoniczny, który przy swym patologicznie wykolejonym torze daje objawy np. skurczu oskrzeli i objawy dychawicy. Dalej jednak wiemy że stan uczulenia może zmieniać także reakcję na bodźce niespecyficzne (badania Auera nad reakcją skóry na *vesicantia* u zwierząt uczulonych). Infekcja gruźlicza eksperymentalna wywołuje stan allergji skóry na tuberkulinę, lecz także i na B. Coli. Specyficzność więc allergji nie jest ścisłą. To tłumaczy dlaczego u człowieka uczulonego mogą występować objawy uczulenia także po bodźcach nieswoistych. Rackemann podaje, że większa część przypadków astmy siennej sezonowej, przechodzi z biegiem czasu w astmę całoroczną wywoływaną także przez bodźce niespecyficzne.

Dlaczego teraz przy uczuleniu objawy chorobowe zjawiają się ze strony tylko jednego narządu, np. przy dychawicy oskrzelowej uczulenie objawia się tylko w płucach. Otóż swojego czasu usiłowano zjawisko to tłómaczyć nierównomiernem uczuleniem narządów, obecnością ciał odczynu w większej, lub wyłącznej ilości tylko w danym narządzie. Tłómaczeniu temu nie możemy odmówić pewnej racji, w wielu przypadkach zdaje się ono kwestję rozstrzygać. Na przykład w wypadkach, gdzie bramą wywoływacza jest błona śluzowa dróg oddechowych, nie jest wykluczonem, że właśnie w tych drogach oddechowych, w płucach mógł powstać pewien stan rozodpornienia lokalnego, lub że wogóle rozodpornienie najpierw i przedewszystkiem tam się odbija.

W wielu jednak przypadkach zwłaszcza nieuczuleniowych musimy przyjąć istnienie pewnej lokalnej dyspozycji danego organu, względnie nawet danego systemu odruchowego, czyto bronchospastycznego, czyto wazomotorycznego, zaburzenia równowagi w aparacie wegetatywnym obwodowym czy lokalnym, powstałego na tle ogólnej dyspozycji. Musimy się tu liczyć z utorowaniem odruchów (wyszlifowaniem dróg oddechowych, jak mówią autorzy niemieccy). Dlatego też widzimy, że nawet w przypadkach, których objawy chorobowe początkowo powstawały tylko z jednej ściśle określonej przyczyny z biegiem czasu z powodu właśnie utorowania, wskutek częstego powtarzania się, tego patologicznego odruchu, poczynają występować po każdym bodźcu działającym w pewnej swej fazie parasympatikomimetycznie. Bodziec taki działając na cały nerw błędny rozchodzi się po wszystkich jego rozgałęzieniach i trafia między innemi i na tę wypaczoną patologiczną, lecz utorowaną, drogę i z łatwością ją przebiega, wywołując odpowiednie objawy. Taka dyspozycja lokalna, rozwijająca się na tle dyspozycji ogólnej, może być wrodzoną, polegając na pewnej mniejszowartościowości danego organu, co przecież tak często się zdarza. Nie jest jednak wykluczonem, że powstać ona może w ciągu życia wskutek pewnych szkodliwości, działających specjalnie na dany tylko organ, jak np. na płuca przedewszystkiem katary dróg oddechowych, wywołane, zdaje się, specjalnie pewnemi tylko mikrobami, względnie np. częste zmiany temperatury na aparat naczynioruchowy. Uprzytomnijmy zresztą sobie, że szereg tych bodźców już u zdrowego działa specjalnie na pewne organy np. na tor oddechania.

Zbierając te wszystkie substancje, które mogą być wywoływaczami uczulenia podzielimy je według Storma van Leeuven na grupy: 1) środki lekarskie, 2) pyłki roślinne, 3) produkty zwierzęce, 4) produkty spożywcze, 5) produkty bakteryjne. Wreszcie jako osobny punkt stawia autor ten teorję tak zwanych miazmatów. Mają to być produkty początkowego rozkładu roślinnego, czy zwierzęcego pochodzenia, pewne produkty rozkładu bakteryj, pasożytów, czy grzybków, substancje o pewnej nawet pierwotnej toksyczności, które działają na ludzi specjalnie predysponowanych, względnie uczulonych. Dzieli te „miazmaty" na allergeny A, przywiązane do pewnych miejscowości, i B, przywiązane do pewnych mieszkań. W powstawaniu tych ostatnich specjalną rolę ma odgrywać *aspergillus fumigatus*.

Teorja ta opiera się głównie na tem, że tak często spostrzegać się daje, iż występowanie napadów dychawicy oskrzelowej jest związane z przebywaniem tylko w pewnej miejscowowości. względnie w pewnem mieszkaniu. Tu przypomnieć należy badania wcześniejsze szeregu autorów amerykańskich dowodzące, że kurz mieszkaniowy może mieć własności wywoływacza. Dalej autor opiera teorję swą na tem, że okazało się w uczuleniu, które odnosiło się do pewnych zbóż i innych produktów, że dotyczy ono tylko pewnych zanieczyszczeń, nadto, że można spotykać uczulenia na pewną tylko sortę danych produktów; podaje przypadki swoje i innych autorów, gdzie uczulenie dotyczyło tylko nieświeżych produktów. Wreszcie najsilniejszym argumentem tej teorji jest fakt, że jeżeli pozostawimy chorego takiego, czułego na owe klimatyczne allergeny w pokoju hermetycznie zamkniętym, pozbawionym absolutnie wszelkiego pyłu (pościel sterylizowana), do którego doprowadza się powietrze z zewnątrz przez specjalne filtry, to chory taki pozostaje wolnym od napadów. W statystyce tegoż autora do 90% badanych przypadków odpowiada właśnie temu typowi. A więc istnieje jakiś agens zawieszony w powietrzu, agens, który zostaje na filtrze, a który wywołuje napady dychawicy.

Co do teorji badacza holenderskiego, to nie można jej odmówić wiele racji, jednak natura tych miazmatów, jest jeszcze zanadto teoretyczna, aby można ją poddać ścisłej krytyce. Muszę podnieść że wielu poważnych autorów teorję tę uznaje.

Tutaj podnieść należy, że w praktyce uczulenie sprawia nam nieraz dziwne niespodzianki. Duke opisuje przypadek, dotyczący pewnej młodej kobiety, która cierpiała na ostry wyprysk. Po długich a żmudnych badaniach i obserwacjach przekonano się, że wyprysk ten trwał tak długo, jak długo chora była zajęta w kuchni przyrządzaniem pokarmów. Dalej wykryto, że specjalną przyczyną były jaja kurze, lecz cóż na koniec się okazało, oto że jaja tylko od pewnej kury są szkodliwe, podczas gdy inne były nieszkodliwe. Ciekawe niespodzianki może nam sprawiać tak zwane uczulenie względne, które występuje na jaw tylko wtedy, kiedy działają równocześnie i inne bodźce. Ostatnio obserwowaliśmy chorą, cierpiącą na dychawicę oskrzelową typu odruchowego, która nie znosiła jaj, ale tylko w okresie napadów. Tutaj jednak muszę podnieść, że takie uczulenie alimentarne może być tylko pozorne. Trawienie, zwłaszcza białka, jest procesem w pewnej swej fazie lekko wagotonicznym, w czasie poprawy jest to bodziec zbyt słaby aby mógł objawy wywołać, jednakowoż w okresie pogorszenia się stanu, przy specjalnie zaburzonej równowadze może patogenicznie zadziałać na drodze odruchowej, względnie dzięki przenikaniu pewnych toksycznie działających produktów trawienia przez ścianę jelita i wątroby, które w okresie pogorszenia dzięki działaniu układu wegetatywnego stały się więcej przenikliwe. Nieraz chorzy w okresie pogorszenia (np. *status astmaticus*) bezpośrednio po napadzie, lub w chwili zbliżania się napadu wzdragają się przyjmować jakiekolwiek pokarmy, gdyż spożywanie jakichkolwiek produktów może natychmiast wywołać na nowo napad. Nie mniej jednak widzimy wybiórcze działanie tylko pewnych pokarmów.

Co do roli kurzu mieszkaniowego w uczuleniu to musimy tu podnieść, że kurz ten jest mieszaniną tylu najrozmaitszych substancyj, nieraz może pierwotnie toksycznych, a uczulenie może istnieć tylko do jednej z tych substancyj. Tak okazało się w jednym z naszych przypadków, który dotyczył młodego chłopca syna krawca, który sypiając w warsztacie swego ojca cierpiał na silne napady dychawicy. Stwierdzono tu wybitne działanie kurzu mieszkaniowego, lecz w dalszym ciągu badań okazało się że uczulenie dotyczy głównie pyłu z wełny owczej. Według naszych obserwacyj wpływ kurzu mieszkaniowego zdaje się być dosyć częsty. W naszych wypadkach kurz ten zachowywał się jak typowy allergen. Wyciągi wodne z tego kurzu dawały dodatnią próbę skórną. Przeprowadzaliśmy nawet leczenie odczulające, w dwóch wypadkach z dość dobrym wynikiem, w jednym wypadku z tylko przejściową poprawą. Wyciąg wstrzyknięty w dawce zbyt dużej dawał reakcję w formie lekkiego napadu występującego nieraz bezpośrednio po zastrzyku, powtarzającego się w nocy.

Teorja miazmatów, allergenów klimatycznych, łączy się z działaniem klimatu wogóle, i nie zaprzecza pewnego wpływu bodźców fizykalnych, które w praktyce mają olbrzymie znaczenie. Stanowi ona przejście do bardzo ciekawych badań Duke'a, który bodźcom tym poświęca specjalną uwagę i zjawiskom z temi bodźcami związanym nadaje wspólne miano allergji fizykalnej *(psychical allergy)*. Zajmuje się on tutaj bodźcami termicznemi i aktynicznemi. Opisuje on nawet próby dla stwierdzenia tej fizykalnej allergji. Każdy nieomal przypadek uczulenia podlega w większym lub mniejszym stopniu tym bodźcom. Duke opisuje przypadki, gdzie niektóre z tych bodźców były jedyną specyficzną przyczyną. Dzieli te stany na 1) *(reflexlike reaction)*, odczyny odruchowe, gdzie istoty tego stanu dopatruje się w pewnem zaburzeniu, zwykłego mechanizmu reakcji na te bodźce. Wobec tego cośmy wyżej powiedzieli związane to jest z układem wegetatywnym. 2) *Contact reaction*. Tu działanie tłómaczy sobie w ten sposób, że dany bodziec wywołując lokalną reakcję daje powód do tworzenia się w tej reakcji pewnych nowych ciał białkowych, które są na tyle obce, że mogą być wywoływaczem. Ciekawe światło rzucają na tą kwestję badania nad *paramecia caudatum*, którą możemy uczulić na ciepło do tego stopnia, że podniesienie temperatury o parę tylko stopni

działa zabójczo. Wiemy że injekcja hematoporfiryny uczula zwierzęta na światło, *in vitro* zaś stwarza skłonność białek do tworzenia strątów wobec światła. Nawet białka surowicy wykazują wobec substancji tej tendencję do koagulacji. W zwykłych warunkach istnieją pewne ciała ochronne przeciw temu działaniu, a może właśnie brak tych ciał tworzy uczulenie na światło. Znane są spostrzeżenia nad hematoporfiryną u ludzi, gdzie istnieje ciało odczynu na zimno które daje reakcję odchylenia komplementu. Mimo tych ciekawych spostrzeżeń w większości przypadków przeważa mechanizm odruchowy powstawania objawów po tych bodźcach. Przy znanej chwiejności układu wegetatywnego w omawianych sprawach, nie powinno nas dziwić, że bodźce te mają tutaj taki wpływ.

Do wykrycia specyficznego wywoływacza w przypadkach w których uczulenie gra decydującą rolę, wystarczą nieraz dokładne wywiady z chorym. W wielu przypadkach sprawa ta nie przedstawia się tak prosto, musimy się tu uciec do specjalnych metod. Najważniejszą drogą do wykrycia specyficznego wywoływacza powinna być zawsze dokładna obserwacja kliniczna. Tutaj jednak pamiętać musimy, że objawy nie zawsze występują bezpośrednio po zetknięciu się ze szkodliwą substancją, lecz dopiero wtedy gdy zaistnieją odpowiednie warunki w układzie wegetatywnym umożliwiające powstanie objawów n. p. w nocy, objawy mogą powtarzać się kilkakrotnie. Po usunięciu wywoływacza z otoczenia chorego nie zawsze odrazu ustępują napady (jak wielokrotnie sie o tem przekonałem).

Do wykrycia wywoływacza służą próby skórne [1]). Co do wartości ich nie należy przesadzać, jednakowoż zdanie Storma van Leeuven odmawiające im wszelkiej swoistości jest zbyt surowe. Wielu badaczom oddały one nieocenione usługi. Próby te są albo wśródskórne, z wyciągami wodnemi danych substancji, lub naskórne z danemi substancjami w stanie sproszkowanym. Szereg autorów jak Kämmerer, Storm van Leeuven, Coca, podaje różne metody sporządzania tych wyciągów. Używałem zwykle metody podanej przez Coca. Muszę zaznaczyć, że próby wśródskórne są znacznie czulsze niż próby naskórne, jednakowoż w praktyce łatwiejsze są te ostatnie. Wykonuje się je w ten sposób, że odrobinę sproszkowanej substancji z kroplą 1/10 N sody żrącej umieszcza się w miejscu pozbawionem naskórka. W 15 minut, w razie dodatniej próby, wystąpi bąbel na polu zaczerwienionem.

Na zakończenie zbierzmy to co dotychczas powiedzieliśmy, z punktu widzenia praktyki lekarskiej. Otóż podkreślić tutaj należy, że zaniedbywanie możliwości uczulenia w przypadkach dychawicy oskrzelowej, pokrzywki, obrzęków naczynioruchowych, pewnych wysypek itp. byłoby obecnie błędne lecz równie błędne by było zbyt bezkrytyczne przyznawanie uczuleniu zbyt wielkiej roli. U nas przeważnie o uczuleniu nie myśli się, i jak mogłem się nieraz przekonać popełnia się tu często błędy. Tak naprzykład obserwowałem jedno dziecko, które zostało zupełnie uwolnione od bardzo silnych napadów dychawicy oskrzelowej, powtarzających się przez przeciąg 2 lat, przez zwykłe usunięcie materacyka wypchanego trawą morską, do której ono było uczulone.

Należy zatem w wywiadach jak i w obserwacji chorego zwrócić uwagę na to czy objawy chorobowe nie wystepują zawsze po zetknięciu się z jakąś specjalną substancją. W razie pewnych danych w tym kierunku należy wykonać próby skórne. Nieraz usunięcie specyficznego wywoływacza działa w spesób efektowny. A nawet tam, gdzie uczulenie nie odgrywa roli wyłącznej i pierwszorzędnej; pozostawianie chorego pod ciągłem działaniem wywoływacza jest błędem, bo uniemożliwia nam wszelkie racjonalne leczenie, a ciągłe działanie bodźca specyficznego pogłębia niestosunek w układzie wegetatywnym.

Piśmiennictwo.

Wells Gideon: Chemical Pathology Fifth Edition. — Duke: Asthma, Hay-fever. Urticaria and allied manifestations of allergy. — Danysz: Teorja chorób zakaźnych i niezakaźnych. — Friedberger: Anaphylaxie (Kraus-Brugsch). — Frank Coca: Asthma, London 1923. — Kämmerer: Allergische Diathese und allergische Erkrankungen. — Storn van Leeuven: Allergische Krankheiten. — Arthus: L'Anaphylaxie a l'immunite, Paris 1921. Adlersberg, Porges: Wien. Arch. f. inn. Med. 1924. — Alexander: J. of. American Med. Association 1927, p. 882. — Auer: J. of. American Med. Association 1923. — Alexander, Becke, Holmes: Proc. soc. for. exp. biol. and med. XXIII, 374. — Bernhardt: P. Gaz. Lek. III. — Bryce: Brit. Med. J. 1927. — Barre-Blum: Coc. d. Biol. II. 1923. — Babdock: J. A. M. A. XIV, 2115. — De Besch: Nork Magazin for Laegewiedenskaben 1919, v. 80, Nr. 8 v. 79. — Bigwood Collarde: Cpt. r. Soc. Biol. 1924, II, 118. — Bougton: J. Immunn. III, 217. — Cooke: J. of Immunology v. VII, p. 147. — Tenże: v. VII, Nr. 2, p. 217. — Coca: J. of Immunology v. VII, p. 163. — Tenże: v. X, Nr. 2. — Coca-Grove: J. of. Immunnology v. X, Nr. 2. — Curschmann: Deutsch. arch. f. kl. Med. v. 132, p. 362. — Danysz: Polska Gazeta Lek. 1924. — Tenże: Wiadomości Farmaceueyczne 1923. — Dale: Brit. Med. 1922. — Duke: J. A. Med. A. v. 80, Nr. 30. — Tenże: Amer. J. of. Med. Scien. CLXVI, Nr. 5. — Dale Laidlaw: J. of. Physiolog. 41, 318. — Dale: J. of. Pharmacology and exp. Therap. IV, 216. — Eustis: A. J. Med. Sc. 143, 863. — Frenkiel: Polska Gazeta Lek. 1925, Nr. 43. — Foord: J. Inf. dis. 1918, 154. — Forsmann: Skog. Cpt r. Biol. XCIII, 145. — Forsmann: Biochem. Zft. 1920, 134 i 164. — Falk: J. Immunn. 8, 263. — Fujii: Tohoku v. V. — Faschingbauer: Wien. Arch. f. inn. Med. 1922, 4. Gorecki: Polska Gazeta Lekarska 1925, Nr. 29 i 39. — Groer-Progulski: Polska Gazeta Lekarska 1925, Nr. 19. — Gottlieb: New-York Med. J. v. 106 p. 313. — Guth: Vhdl. d. deutsch Geselschaft f. inn. Med. 24, 255 Hajos: Wien. Klin. Woch. 1924, Nr. 24. — Tenże: Zeft. f. Klin. Med. 1925. — Hryniewiecki: Gazeta Lekarska 1923, Nr. 47. — Hanzlik: J. A. M. A. v. 82, p. 21, 61. — Hoxie-Morris: Endocrinology v. IV, p. 47. — Hahn: Klin. Woch. 1925, p. 353. — Hanzlik: Calif and West Medicine 1925, XXIII, 161. — Houssay-Sordelli: Soc. Biol. 1923, p. 354. — Huber-Kössler: Arch. of. inn. Med. 1922, 30. Jobling: J. of. exp. Med. XX, 49, i XXII, 140 i 401. — Jankowski: Polskie Archiwum Med. Wewnętrznej IV, 1926. — Koskowski: Polska Gazeta Lekarska 1925, Nr. 29. — Kostrzewski: Polska Gazeta Lekarska 1925, Nr. 26. — Kössler: Arch. of. int. Med. v. 39, Nr. 2. — Tenże: J. of. Biol. Chem. 1924, p. 803. — Kepinow: Soc. Biol. 1923, p. 846. — Klopstock: Klin. Woch. 1925, p. 313. — Longcope-Mackenzie: Anaphilaxis, Hypersenzityvness and Protein intoxication 1922, Endocrinology. — Larsen Paddock: J. of. Immunn. v. 8, p. 81. — Longcope: Proc. soc. exp. biol. and med. 1918, 20, 16—17, 133. — Tenże: J. exp. Med. 22. 793. — Longcope, O'Brien: J. Immunn. X, 681. — Leopold: J. Amer. M. Ass. 1925, V, 84, Nr. 10. — Major: Johns Hopkins Hosp. Bull. 34, p. 104. — Manvaring-O'Neil: J. A. M. A. v. 84, p. 1102. — Manvaring: J. of. Immunn. VIII, 131, 191, 211, 217, 289, 233. — Tenże: J. of. Immunn. X. 567, 575. — Tenże: Proc. Soc. exp. biol. and Med. V, 20, 274 i v. 22, 398. — Tenże: Amer. J. of. Med. Scien. 1923, CLXVI, p. 619. — Mackenzie: J. exp. med. XXXIII, 619. — Nakazawa Tohoku: v. V, p. 544 i p. 563. — Lewis Auer: J. exp. Med. XII, 173. — Oppie: J. of. Immunnology v. 8, p. 34 i p. 73. — Patragani: Policlinico Rome 1923 (ref. J. A. M. Ass. 1923). — Pottinger: N. Y. Med. J. 1917. — Pico: Cpt. r. Soc. Biol. 1926. — Philipson: Cpt. r. Soc. Biol. 1924, p. 379. — Petersen: J. Biol. Chem. 63, p. 179. — Ramirez: J. of. Lab. and. Clin. 9, 199. — Rove: Amer. J. Dis. of. Children v. 37, 1. — Rackemann: Arch. of. Int. Med. v. 30, p. 211. — Tenże: J. Immunn. 8, 314. — Tenże: Amer. J. of. Med. Scien. 1921, CLXII. — Rozenberg: Zft. f. d. ges. Exp. Med. 1923, 36, p. 365. — Richet: Ann. d. Inst. Pasteur XXIII, 347. — Kylin: Zft. f. d. ges. Exp. Med. 45, 208. — Sabatowski: Polska Gazeta Lek. 1925, Nr. 16. — Tenże: Tamże 1924. Nr. 23 i 49. Sochański: Polska Gaz. Lek. 1924 i 1925. — Tenże: Pamiętnik Jubil. Wydz. Lek. 1920. — Tenże: Poskie Archiwum Med. Wewn. 1924. — Saidmann: Bull. Soc. de Ther. 1926. — Savini: Soc. de Biol. 1923, I, 235. — Schittenhelm: Zft. f. d. Ges. exp. Med. 1925. — Seilert: Amer. J. of. Physiol. 1923, 67, 90. — Stoland: J. Immunn. 1923, 8, 103. — Spain-Grove: J. Inmunn. v. 10, Nr. 2. — Spivacke i Grove: J. Immunn. v. 10, Nr. 2. — Tonietti: Zft. f. d. ges. Exp. Med. 1925, v. 45, I, II, III. — Vollmer: Biochem. Zft. 1923, 140, p. 410. — Wierzchowski: Polska Gazeta Lek. 1925, Nr. 10. — Whitehead: Biochem. J. v. XIX, p. 618. — Wormal: J. Immunn. 1925, X, 594. — Witkower: Zft. f. d. ges. Exp. Med. 1923, 34. — Widal: Presse Med. 1922. — Zunz-Barre: Cpt. r. Soc. Biol. 1924, II, 124.

[1]) Próby te opisywałem w pracy mej: p. Arch. med. wewn. 1926. IV.

Dr. Józef CZAKI. Aramaria, st. Parana, Brazylja.

Co może wpływać na rozwój płci u noworodków.

Zanim rozpatrzymy przypuszczalne wpływy na rozwój płci u zarodka w życiu płodowem, nie od rzeczy będzie uprzytomnić sobie, choćby pobieżnie, normalny przebieg formowania się organów płciowych zewnętrznych i wewnętrznych u obu płci.

Do szóstego tygodnia organów płciowych zewnętrznych w życiu płodowem jeszcze nie ma. Utworzyła sie dopiero jama, wspól-

na dla prostnicy i organów moczopłciowych, *cloaca*, która wkrótce rozdziela się na otwór stolcowy i szparę moczopłciową — *sinus urogenitalis.*

W szóstym dopiero tygodniu zaczynają się tworzyć, a w ósmym są już wyraźne początki organów płciowych zewnętrznych. Formuje się wzgórek płciowy, dwie fałdy skóry na brzegu szpary zatoka moczowo płciowa *(sinus urogenitalis)* i kolista fałda zewnętrzna, otaczająca wzgórek płc. i fałdy wewnętrzne. Taki rozwój jest wspólny dla obu płci.

W dalszym rozwoju następuje różniczkowanie płci przy końcu trzeciego lub w początku czwartego miesiąca życia płodowego zarodka można już płeć wyraźnie rozpoznać.

U zarodka męskiego rozwój org. płc. zewn. następuje bardzo energicznie. Wzgórek płc. szybko i znacznie się wydłuża; wewnątrz są dobrze rozwinięte ciała jamiste. Fałdki płc. przy zatoce moczowo-płciowej rozrastają się tak, że pokrywają wyrośnięty wzgórek płc., na spodzie którego zrastają się na całej przestrzeni oprócz dolnego końca. W tej fałdzie powstaje też ciało jamiste tworzy się cewka moczowa, w górnej części której otwierają się przewody moczowe i płciowe — uformował się członek męski. Fałda zewnętrzna kolista też się znacznie powiększa, zrasta na linji środkowej pod prąciem — powstaje moszna.

U zarodka żeńskiego wzgórek płciowy wyrasta bardzo mało, ciała jamiste są małe — tworzy się łechtaczka. Fałdki płc. wewnętrzne, słabo rozwinięte, przechodzą w małe wargi. *Corpus caver. uretr.* u zarodka męskiego, tutaj przechodzi w opuszkę przedsionka pochwy *(bulbus vestibuli)*. Z fałdy zewnętrznej powstają duże wargi i wzgórek łonowy.

Porównując rozwój org. płc. zewn. u obu płci, musimy zauważyć, że rozwój org. płc. żeńskich nie jest podobny do rozwoju org. męskich, ale powstrzymanych w rozwoju. Organa żeńskie rozwijają się do pewnego tylko stopnia, a dalej już tylko się rozrastają, tylko powiększają w objętości.

Ten energiczny rozwój org. męskich naprowadza na myśl, że rozwój ten powstaje pod wpływem jakiegoś silnego bodźca, który, przy rozwoju org. żeńskich, musi być powstrzymany przez jakiś inny bodziec, hamujący działanie bodźca twórczego dla org. męskich, a pozwala rozwinąć działanie bodźca twórczego dla org. żeńskich.

Ta różnica w rodzaju samych bodźców, albo w różnej ich sile, lub też w bodźcach, powstrzymujących energję bodźców twórczych, stanowi zapewne to zjawisko, że jedne i te same zaczątki org. płc. zewn. rozwinąć się mogą w jednym lub drugim kierunku.

W razie gdyby nie było zdecydowanej przewagi jednego bodźca, lub też nie będzie dostatecznej siły w bodźcu powstrzymującym (hamującym) energję bodźców twórczych, to wówczas mamy jakby zmaganie się dwóch sił twórczych; następuje rozwój w obu kierunkach, mniej lub więcej silny, a w rezultacie powstaje hermafrodytyzm zewnętrzny.

Organa płciowe wewnętrzne powstają znacznie wcześniej, bo w piętnastym już dniu życia płodowego zarodka. dają się zauważyć zaczątki formujących się ciałek i kanałów Wolfa, a w ósmym tygodniu są już należycie rozwinięte. Kanały Wolfa otwierają się do zatoki moczowopłciowej, która przechodzi w pęcherz moczowy, a ten ostatni w przewód omoczni *(urachus)*. Na przedniej i wewnętrznej stronie ciałek Wolfa leżą gruczoły płciowe, powstałe ze zgrubienia nabłonka brzusznego, w końcu czwartego tygodnia. Na zewnętrznej stronie ciałek Wolfa leżą kanały Müllera, idące ku wewnątrz, do tylnej powierzchni pęcherza moczowego i, leżąc bezpośrednio obok siebie, otwierają się do zatoki moczopłciowej między kanałami Wolfa. Tak więc w ósmym tygodniu, oprócz gruczołów płciowych, wspólnych dla obu płci, są już rozwinięte początki organów płciowych drugorzędnych, dla obu płci różne, albowiem z ciałek i kanałów Wolfa tworzą się następnie organy męskie, zaś z kanałów Müllera — żeńskie. Jedne i drugie organa są rozwinięte w równym stopniu.

Mamy więc w tym czasie gruczoły płciowe wspólne i początkowe organa drugorzędne dla obu rodzajów; możemy więc stan ten przyrównać do pewnego rodzaju wewnętrznego fizjologicznego hermafrodytyzmu, który pod wpływem odpowiednich bodźców może się rozwinąć w odpowiedni rodzaj płci, drugi zaś ulega zanikowi. Bodźce te, które możnaby nazwać bodźcem męskim i żeńskim, działają już znacznie wcześniej, bo zapewne pod ich wpływem, już w końcu piątego tygodnia nastąpiło zróżniczkowanie w gruczołach płciowych, i pod mikroskopem można określić czy to są jądra, czy jajniki. Wówczas gdy zróżniczkowanie w gruczołach płc. już nastąpiło, rozwój org. płc. drugorzędnych u obu płci jeszcze trwa w dalszym ciągu równomiernie; widocznie w tym kierunku działają oba bodźce twórcze, a niema jeszcze działania odpowiednich bodźców hamujących. W dalszym rozwoju org. płc. wewnętrznych, następuje już różniczkowanie.

Jeżeli bodziec męski zamienił już gruczoł płc. w jądro, to w dalszym ciągu następuje rozwój org. płc. drugorzędnych męskich. Ciałko Wolfa, przylegające do gruczołu płciowego, zamienia się w najądrze, przewody poprzeczne w naczynia odprowadzające, a kanał Wolfa w nasieniowód. Kanały Müllera ulegają zupełnemu zanikowi, zostawiając po sobie minimalne tylko ślady w górnym i dolnych końcach. Zanika też jądrowód *(gubernaculum Hunteri)*, który skracając się ściąga jądro do moszny i zostawia jedynie maleńką wiązkę mięśni gładkich, leżących w dolnym końcu błony pokrywającej sznurek nasienny. Trzeba zanotować, że reszta po jądrowodzie, to wiązka mięśni gładkich. W tym czasie, gdy bodziec męski zaczyna energicznie działać, prawdopodobnie odpowiedni hamulec nie tylko powstrzymuje rozwój org. płc. żeńskich, ale powoduje jednocześnie ich zanik.

W rozwoju organów żeńskich, bodziec żeński musiał już wcześniej przyczynić się do uformowania jajników z gruczołów płciowych. Teraz, pod wpływem, zapewne, odpowiedniego hamulca, kanały Wolfa zanikają; część ciałka Wolfa, najbliżej leżąca przy gruczołach płciowych, tworzy przyjajnik *(parovarium)*, zachowując budowę drobnych kanałów, otwierających się do ogólnego kanału zamkniętego z obu końców, a reszta zanika.

Kanały Müllera rozwijają się nadzwyczajnie. Dolne części leżące za pęcherzem moczowym, zamieniają się w potężne organy — macicę i pochwę utworzone z mięśni gładkich; górna część tworzy jajowody. *Gubernac. Hunteri* też rozwija się silnie i dzieli na górną część, która tworzy *ligam. ovarii propr.*, i dolną jako *ligam. rotundum* też złożone z mięśni gładkich.

Objawy rozwoju obu płci zdają się potwierdzać przypuszczenie, że rozwój ten jest zależny od dwóch niezależnych od siebie bodźców twórczych, męskiego i żeńskiego, działających każdy oddzielnie i prawdopodobnie nie wchodzących w drogę jeden drugiemu. Na powstrzymanie zaś rozwoju jednych organów płc., gdy już inne zaczęły się rozwijać, wywierają zapewne swój wpływ bodźce hamujące.

Jeżeli bodźce tworzące są mniej lub więcej równej siły, a bodźce hamujące albo słabo albo wcale nie działają, wtedy następuje rozwój obu rodzajów org. płc. drugorzędnych wewnętrznych i jako ostateczny rezulta wytwarza się hermafrodytyzm wewnętrzny. Zależnie od działania bodźców hamujących, hermafrodytyzm przejawia się silniej lub słabiej.

Te organy, które są w zaczątku wspólne dla obu płci, nie mogą być podwójne, a tylko mniej lub więcej rozwinięte w jednym lub drugim kierunku.

Spostrzegamy to na hermafrodytyzmie zewnętrznym w różnym stopniu wyrażonym, nawet bardzo silnie.

Przy hermafrodytyzmie wewnętrznym oba rodzaje org. płc wewn. drugorzędnych, mogą rozwijać się jednocześnie. Przy odpowiednio rozwiniętych, naprzykład, organach męskich, mogą się rozwinąć i organy żeńskie t. j. macica, pochwa, nawet jajowody z jednej lub obu stron, a nawet *lig. rotundum.*

Ale gruczoły płciowe, wspólne dla obu rodzajów, nie mogą być podwójne i rozwijają się albo jądra, albo jajniki i, tylko w razie *hermaphroditismus lateralis*, rozwiniętego w wysokim stopniu, tworzy się z jednej strony jądro, z drugiej jajnik. Zawsze te gruczoły są niedostatecznie rozwinięte.

Cały przebieg tworzenia się organów płciowych, różniczkowanie ich, rozwój i powstrzymywanie w rozwoju, wskazują nie tylko wpływ różnych specjalnych bodźców, ale i bezpośrednią przyczynę.

Przy dzisiejszych wiadomościach o wpływie na organizm wydzielin wewnętrznych różnych gruczołów, nie ulega chyba wątpliwości, że te bodźce, że to działanie twórcze, hamujące i rozwijające, zależne jest od tych właśnie wydzielin czyli hormonów. Trzeba teraz odnaleść, jakich to gruczołów hormony wywierają swój decydujący wpływ na rozwój org. płciowych.

Nie ulega też wątpliwości, że hormony znajdujące się w organizmie samego zarodka w życiu płodowem u ssących, odgrywają główną i może jedyną rolę w rozwoju org. płc., hormony zaś organizmu macierzyńskiego muszą mieć wpływ zapewne słaby i ograniczony, chociaż aby negować go zupełnie nie ma dotąd żadnej zasady.

Że wpływ hormonów na tworzenie się i różniczkowanie org. płc. u zarodka odbywa się w jego organizmie, mamy dowód na ptakach i gadach, u których cały proces odbywa się w jaju i wpływ macierzyński jest wyłączony.

Jakież więc gruczoły i ich hormony biorą na siebie pracę w rozwoju org. płciowych? Ponieważ org. płc. zaczynają się tworzyć już w piętnastym dniu życia płodowego, jako początki ciałek

i kanałów Wolfa, więc gruczoły odpowiednie i ich hormony muszą być jeszcze wcześniejesze. Najwcześniej rozwijającym się organem jest mózg, tam więc musimy szukać i odpowiedniego gruczołu.

Rzeczywiście na dolnej części drugiego pęcherzyka mózgowego znajduje się wcześnie utworzony gruczoł przysadki mózgowej — *glandula hypophysis*.

Przypuszczając, że właśnie ten gruczoł wykazuje swój przemożny wpływ na org. płc. zarodka, trzeba, znane nam już własności wydzielin tego gruczołu szczegółowo rozpatrzeć.

Pod względem anatomicznym gruczoł ten, przyczepiony do mózgu za pomocą *infundibulum*, mieści się we wgłębieniu kości klinowej *sella turcica*. Przedstawia się on jakby złożony z dwóch części. Część tylna — *lobus posterior*, okrągła, mniejsza. Część przednia — *lobus anterior*, większa, otacza tylną nakształt podkowy. Część środkowa, rozgraniczająca obie części, pod względem anatomicznym robi wrażenie należącej do części tylnej. Obie części są mocno z sobą zrośnięte.

Pod względem histologicznym obie części zasadniczo się różnią. *Lobus anterior* przedstawia wyraźną budowę gruczołu drobno-pęcherzykowego. *Lob. posterior* ma budowę komórek i włókien nerwowych, jakich w *lob. anter.* niema. Część środkowa — *pars intermedia*, chociaż anatomicznie wydaje się należącą do *lobus posterior*, histologicznie podobna jest do *lob. anter.*, mając wyraźną budowę gruczołu z pęcherzykami trochę większemi [1]).

Pod względem fizjologicznym wydaje się, jakoby hormony były wydzielane tylko przez *lobus anter.* i *pars intermedia*, jako mające budowę gruczołów. Płyn wydzielany przez te gruczoły podobny jest do materji k o l l o i d a l n e j i znajduje się obficie w ich pęcherzykach. *Lobus posterior* ma podobno nic nie wydzielać, chociaż Schäfer [2]) miał znaleźć materję h y a l i n o w ą, która ma być właśnie elementem czynnym, wymaga to jeszcze potwierdzenia. Działanie tych hormonów i elementów czynnych na organizm nie jest jeszcze dokładnie zbadane, ale już to, co jest wiadome pozwala na określenie i potwierdzenie roli jaką odgrywają oddzielne części przysadki mózgowej. A to działanie jest bardzo różne; tak n. p. wzmocniona czynność *lobus anterior* powoduje zwiększenie d i u r e z y; tymczasem wzmocniona czynność *lob. posterior*. zmniejsza diurezę. Ciekawe jest działanie części środkowej, która mając budowę gruczołu podobnego do *lob. anterior*, ma działanie podobne do *lob. posterior* t. j. zmniejsza diurezę i w leczeniu *diabetes insipidus* daje dobre rezultaty [3]).

Działanie elementu czynnego *lobi posterioris* jest nadzwyczaj energiczne, przeważnie na mięśnie gładkie, wywołując silne skurcze. A więc, działając na system krwionośny, powstrzymujemy krwawienie; działa na mięśnie kiszek i pęcherza moczowego; najwidoczniej jednak działa na mięśnie macicy, wywołując w czasie porodu silne skurcze. Nadzwyczajny wzrost mięśni gładkich w macicy w czasie ciąży odbywa się przy jednoczesnem powiększeniu przysadki mózgowej. Prawdopodobnie odnosi się to powiększenie przeważnie, jeśli nie jedynie, do *lob. posterior*.

Hormony *lob. anterior* mają też olbrzymi wpływ na rozwój organizmu, gdyż pod ich wpływem rozwija się: kościec, mięśnie, skóra, paznogcie, zęby. Ogromny też wpływ wywierają na rozwój organów płciowych i ich funkcje. Przy zwiększonem działaniu hormonów *lobi anterioris* następuje przerost różnych części organizmu wywołując takie objawy jak gigantyzm, akromegalja i t. p.

W razie osłabionej funkcji, następuje karłowatość, powstrzymanie w rozwoju całego organizmu, ogólne otłuszczenie, niedorozwinięcie organów płciowych męskich, zmniejszenie działalności gruczołów płciowych (B i e d l - N o v o t h e r). Osłabiona czynność *lob. anterioris* ma wpyw nietylko na rozwój org. płciowych, ale i na ich czynność w wieku późniejszym. Według S i m o n d s'a, B r a n d e s'a i innych, w *arteriosklerozie* naczyń *lobi anterioris* następuje jej zwyrodnienie włóknikowe, a z nim starość i ustanie czynności org. płc. męskich. Podawanie sperminy lub hormonów z gruczołów śródmiąższowych jądra nie daje żadnego odczynu. Podawany zaś w tym czasie wyciąg z *lob. anterior* czynność org. płc. męskich przywraca. I ten wpływ hormonów *lobi anterioris* nie ogranicza się tylko do czynności org. płc., ale oddziaływa i na ogólne starzenie się, tak zwane *climacterium masculinum*, wracając zdolność do pracy umysłowej i równowagę nerwową i duchową. I wtedy, gdy z powodu zwyrodnienia *lobi anter.* występuje *neurastenia* i inne przypadłości nerwowe, a żadne już środki lekarskie nie mają dodatniego wpływu, wyciąg hormonów z *lobi anterioris* daje dobre rezultaty (J u a r r o s, N o v o t h e r).

Dodatnie rezultaty otrzymane przy podawaniu sperminy i wyciągu z grucz. śródmiąższowych jądra, przyczyniły się do wytworzenia pewnych systemów odmładzania.

Są dwie metody odmładzania: S t e i n a c h'a i W o r o n o w a. Obaj wychodzą z założenia, że gruczoły jądra, to fabryka hormonów, które wpływają odmładzająco na organizm. Jeżeli w dalszym ciągu zestawimy to porównanie z fabryką, to zobaczymy że metody poprawienia tych fabryk u obu autorów są różne. Fabryka się starzeje, maszyny zużywają i nie mogą już nadążyć zapotrzebowaniu na zewnątrz. Trzeba wstrzymać zapotrzebowanie na zewnątrz i ratować fabrykę, cały produkt zostawiając na miejscu, na użytek fabryki. Taką jest metoda S t e i n a c h'a. Podwiązuje on kanał nasienny koło samego jądra. Plemniki nie mogą wyjść na zewnątrz i cała produkcja idzie na użytek wewnętrzny. Kanały plemnikowe są przepełnione. Gruczoły śródmiąższowe wykazują wzmocnioną czynność. Ich hormony działają zapewne i na inne gruczoły z wydzieleniem wewnętrznem. Następuje w organizmie reakcja silna, dodatnia. Ale zużyta fabryka odczuwa zmniejszenie zapotrzebowania produkcji z powodu tylko wewnętrznego użycia. Napięcie pracy zmniejsza się. Wzmocniona chwilowo nadmierna czynność zdezelowanej maszyny przyspiesza jej zużycie, następuje dość szybko wyczerpanie starego produktora, t. j. zanik kanałów plemnikowych i komórk śródmiąższowych. Ostateczny, dość szybki, rezultat ujemny — fabryka stanęła.

Metoda W o r o n o w a oparta jest na zupełnie innej zasadzie. Fabryka hormonów śródmiąższowych starzeje się i zużywa. Produkcja ustaje. Trzeba dać nowe maszyny. W o r o n o w przeszczepia młody, zdrowy gruczoł, na miejsce starego, zużytego. Ten świeży gruczoł ma w sobie zapas życiowej energji, która pozwala mu pracować tylko tak długo póki się zapas tej energji nie wyczerpie, chociaż sam gruczoł pozostaje jeszcze w dobrym stanie. Porównując ten gruczoł do fabryki, możemy sobie wyobrazić wstawienie nowej maszyny z dobrze nabitym akumulatorem, jako wyrazicielem pewnego zapasu energji żywotnej. Dopóki akumulator ma zapas energji, maszyna pracuje dobrze. Lecz po pewnym czasie siła w akumulatorze wyczerpuje się i maszyna, będąc jeszcze zdatną do pracy, staje, z powodu braku energji.

Gdyby można było zapomocą jakiegoś motoru wzmocnić na nowo energję w akumulatorze, to maszyna, jeszcze nie zepsuta, znów zaczęłaby pracować.

Badania S i m o n d s'a, B r a n d e s'a i in. wykazały, że hormony *lobi anterioris* wracają osłabionym komórkom śródmiąższowym jądra zdolność do wytwarzania swoistych hormonów, że jest to jakby motor pobudzający czynność tych komórek. Nawet wtedy, gdy wyciąg sperminy lub hormony z grucz. śródmiąższowych już nie działają, hormony z *lob. ant.* wracają sprawność gruczołów płciowych, a jednocześnie zjawiają się oznaki odmłodzenia fizycznego i duchowego.

Gdyby tak można było, przy wspaniałej metodzie W o r o n o w a jednocześnie, albo gdy już efekt operacji słabnie, zaszczepić kawałek *lob. ant.*, to może efekt operacji utrzymałby się znacznie dłużej.

Byłby to ten motor, który nabija akumulator, poruszający maszynę, ten czynnik energji życiowej, który pobudza do pracy komórki jądra.

Nie ulega wątpliwości, że musi być jeszcze dużo innych czynników mających swój wpływ na org. płc., ale i te dane, które już są znane o hormonach *lob. ant.*, pozwalają rachować na wpływ dodatni.

To przemożne działanie hormonów *lob. anter. i poster gl. hypophysis* jakie mają przy rozwoju całego organizmu i org. płc., pozwala przypuszczać. że przysadka mózgowa jako jeden z najwcześniejszych utworzonych gruczołów mózgowych, odgrywa ważną rolę w początkach rozwoju życia płodowego.

W rozważaniu dalszem własności *lob. anter. gl. hypophys.*, nasuwa się myśl, że bodźcem męskim przy tworzeniu się org. płc. męsk., począwszy od utworzenia się jąder z grucz. płc., są hormony *lobi anterioris*.

Tak samo można myśleć, że jajniki i organy drugorzędne żeńskie tworzą się i rozwijają pod wpływem tejże *gl. hypophysis*, ale *lob. poster*. Ta energja przy tworzeniu się i rozwoju mięśni gładkich w macicy, pochwie, *guber. Hunteri* i t. p. pozwala myśleć, że tworzywo mięśni gładkich wogóle, a więc i cały system krwionośny otrzymuje początek w *lob. posterior*.

Zapewne oprócz obu części przysadki mózgowej, muszą odgrywać pewną może ważną rolę i inne pobliskie części jak, *pars intermedia, infundibulum, tuber cinereum*.

Co się tyczy regulujących, czy hamujących, czynników przy rozwoju org. płc., to powinniśmy szukać ich w *glan. pinealis*, która też rozwija się dość wcześnie i spełnia tę samą hamującą rolę w rozwoju org. płc. w pierwszych latach noworodka, jak i *gl. thymus*.

---

[1]) Chiarugi-Novotherapie-Editora Italo-Brasileira S. Paulo, Nr. 37, J. An. 1927.

[2]) Idem-Novotherapia.

[3]) Idem.

Jeżli przyjmiemy, że różniczkowanie płci zależne jest od *lob. anterioris i poster. gl. hypophysis*, to musimy też przyjąć, że różniczkowanie płci zależne jest od przewagi jednej jej części nad drugą, czyli od silniejszego rozwoju jednej, a niedorozwinięcia drugiej. Że przewaga jednej części *gl. hypoph.* nad drugą w późniejszym rozwoju jest bardzo częstem zjawiskiem, widzimy to z prac radiograficznych G. Chaumet'a i Grigoratos'a którzy zbadali przeszło 400 głów i znaleźli olbrzymią różnicę zarówno w kształcie i objętości dna *sella turcica*, jako też w wielkości wyrostków przednich i tylnych. Zmiany te wywoływały zwiększony rozrost lub zanik całej przysadki, albo tylko pojedyńczych części [4]). Liczne rysunki wskazują rozmaitość wielkości i kształtów *sellae turcicae*, a co zatem idzie i zmiany w *gland. hypophysis*.

Jakie przyczyny wpływają na silniejszy rozwój *lob. anter.* lub *poster.* w życiu płodowem nie wiadomo; mogą one być nawet przypadkowe. Ale można mniemać, że silniejszy rozrost *lob. anter.*, przez swe hormony, pobudza do tworzenia się jąder w gruczołach płciowych, a przy *lob. post.* tę samą rolę odgrywa element czynny, tworząc jajniki. Później organy drugorzędne rozwijają się jakiś czas równomiernie, dopóki odpowiedni hamulec, zapewne w *glan. pinealis*, nie powstrzyma w rozwoju org. drugorzęd., nieodpowiednich tej płci, która utworzyła się w gruczołach płciowych. Jeżeli te hamulce rozwijają się późno, albo słabo, powstaje hermafrodytyzm w różnym stopniu, zależny zapewne od rozwoju i siły hormonów *gl. pinealis*.

Jeżeli przyjmiemy, że na tworzenie się płci, jej różniczkowanie i rozwój wpływają odpowiednie hormony w organizmie samego zarodka w życiu płodowem, jak to bezsprzecznie widzimy u ptaków, to z drugiej strony u ssących musi być jednak pewien, może nawet dość znaczny, wpływ i organizmu macierzyńskiego. Gdyby ten wpływ był nawet bardzo niewielki, może być jednak tym języczkiem u wagi, który przechyla szalę na prawo lub lewo.

Jeżeli dalsze badania wykażą, że organizm macierzyński ma istotnie w tym kierunku pewne znaczenie, to możnaby matce przed zajściem zaszczepić lub podawać wyciąg *lob. anter.*, np. dla otrzymania noworodka męskiego, lub też preparaty z *lob. poster.*, dla otrzymania noworodka żeńskiego.

Nie wiele wiadomo w jaki sposób działają plemniki w rozwoju zarodka, jednak wpływ ich także jest zapewne równie silny, więc przy podawaniu odpowiednich preparatów trzeba uwzględnić i wpływ ojca.

Gdyby odpowiednie preparaty tych lub innych hormonów rzeczywiście mogły wpływać na tworzenie się danej płci, to kwestja utrzymania płci w danem środowisku, mogłaby być rozwiązana.

MEDYCYNA SPOŁECZNA.

Pierwszy Zjazd lekarzy powiatowych Województwa Śląskiego.

W dniu 6 października r. b. o godz. 10-tej rano odbył się w Katowicach I-szy Zjazd lekarzy powiatowych Województwa Śląskiego.

Otwarcia Zjazdu dokonał krótkiem przemówieniem p. Wicewojewoda Żurawski.

W imieniu Ministerstwa Spraw Wewnętrznych (Departamentu V. Służby Zdrowia) powitał Zjazd inspektor Państwowej Służby Zdrowia Dr. Hryszkiewicz, wzywając zebranych do szerszego ujęcia i wyzyskania artykułów pruskiej instrukcji dla lekarzy powiatowych z 1906 r., omawiających sprawy higjeny społecznej, i takichże rozporządzeń austrjackiej ustawy z 1870 r.

Odrębną cechę Województwa Śląskiego w dziedzinie administracji sanitarnej stanowi mianowicie okoliczność, że ośmiu lekarzy powiatowych (Katowice - miasto, Katowice - wieś, Świętochłowice, Królewska Huta, Tarnowskie Góry, Lubliniec, Pszczyna i Rybnik) urzęduje według obowiązującej tam pruskiej ustawy z 1899 r., a trzech lekarzy powiatowych (Bielsko-miasto, Bielsko-wieś i Cieszyn) podlega starostom (względnie jak w Bielsku-mieście, prezydentowi miasta, jako władzy I instancji), według austrjackiej ustawy z 1870 roku.

Nadmienić należy, że żadna z ustaw sanitarnych, uchwalonych przez Sejm w Warszawie lub dekretem P. Prezydenta Rzeczypospolitej, dotychczas w Województwie Śląskiem nie obowiązuje oprócz dekretu P. Prezydenta o zwalczaniu jaglicy, który to dekret obowiązuje na całym obszarze Państwa.

Na Zjazd przybyło dziesięciu lekarzy powiatowych (prócz lekarza powiatowego na Bielsko-miasto) i zdało sprawozdanie ze swej działalności oraz ze stanu zdrowotnego w powiatach.

Jak ze sprawozdań wynika, stan zdrowotny w Województwie Śląskiem znacznie się różni w powiatach rolniczych i przemysłowych w zależności od warunków egzystencji. Mianowicie w powiatach rolniczych jest on naogół dobry, lecz w powiatach uprzemysłowionych daje się zauważyć znaczna liczba chorych na gruźlicę. Przyczyną gruźlicy jest przeludnienie mieszkań, złe odżywianie się, a głównie zanieczyszczenie powietrza, nasyconego szkodliwemi gazami i dymem, wydobywającemi się z hut i kominów fabrycznych. Naprzykład w Lipinach powiatu świętochłowickiego ginie roślinność wskutek zatrucia powietrza przez fabrykę cynku i kwasu siarkowego. Towarzystwa przeciwgruźlicze egzystują prawie we wszystkich powiatach i przejawiają swoją działalność przez utrzymywanie przychodni wspólnie z Kasami Chorych, oraz przez organizowanie odczytów i wystaw. Szpitale Spółki Brackiej mają oddziały dla gruźlików, jak np. szpital w Wodzisławiu pow. rybnickiego, zgodnie z nowoczesnemi wymogami urządzony i prowadzony. Jaglicy w Województwie mało tak, że specjalna walka poza leczeniem w przychodniach Kas Chorych nie jest prowadzona. Walkę z chorobami wenerycznemi prowadzą w swych przychodniach Kasy Chorych. Towarzystwa abstynentów prowadzą walkę za pomocą odczytów, ruchomych wystaw, plakatów i ulotek. W Tarnowskich Górach egzystuje od 20 lat zakład dla pijaków pod nazwą św. Jana na 80 łóżek, prowadzony przez Braci Kamiljanów, lecz frekwencja jest b. mała. Zakład jest doskonale urządzony, posiada dobry oddział wodoleczniczy i niewygórowane ceny. Opłata w I-ej klasie za całodzienne utrzymanie i pomoc lekarską wynosi 7 zł. 25 gr., w II kl. — 5 zł. 50 gr., w III klasie — 4 zł. 50 gr.

Dozór nad środkami żywności i przedmiotami użytku wykonywa Województwo w swoim zakładzie w Pszczynie. Zakład jest odpowiednio wyposażony i dobrze prowadzony.

Szpitalnictwo jest w rękach Województwa (Cieszyn — pierwszorzędny szpital na 240 łóżek), Spółki Brackiej, która posiada 48 dobrze urządzonych szpitali, Wydziałów powiatowych, fundacyj i prywatnych.

Prócz tego Województwo urządziło szpital przenośny na 35 łóżek (barak Dekera) w gminie Bojszowy Dolne powiatu pszczyńskiego wskutek epidemji czerwonki, która panowała w tym powiecie w roku 1926/7. Obecnie epidemja czerwonki wygasła i szpital będzie przeniesiony w inne miejsce, względnie oddany na inny użytek.

W toku dyskusji Zjazd stwierdził brak w kraju nowszych podręczników dla lekarzy w języku polskim z dziedziny chorób zakaźnych, położnictwa, dezynfekcji, terminologji lekarskiej i innych, co wywołuje niepożądaną konieczność posługiwania się podręcznikami niemieckiemi.

Naczelnik Wydziału Farmaceutycznego Departamentu Służby Zdrowia p. St. Gawiński zwrócił się do lekarzy powiatowych z zaleceniem propagowania tych osobliwek (specyfików) krajowych, które dorównywują zagranicznym, ze względu na straty, które ponosi Skarb Państwa przez zapisywanie niedozwolonych do przywozu i obrotu osobliwek zagranicznych, a które przez bliską granicę w wielkiej ilości są przemycane.

Po wyczerpaniu porządku dziennego Zjazd zamknięto o godzinie $16^1/_2$.

Dr. W. H.

BIBLIOGRAFJA.

Artykuły oryginalne w czasopismach.

Piśmiennictwo polskie.

Nowiny lekarskie, rok XL, zeszyt 21, z 1 listopada 1928: E. Sonnenberg: O roli bizmutu w okresie surowiczo-ujemnym wrzodu twardego. — T. Alkiewicz: Rozwój lampy rentgenowskiej na przełomie. (Szczegóły o lampie „Metalix"). — L. Wernic: Ruch eugeniczny w Polsce i jego zagadnienia aktualne.

Warszawskie czasopismo lekarskie, rok V, nr. 37, z 1 listopada 1928: M. Erlichówna i A. Festensztat: O odrębnych postaciach zapalenia gruźliczego opon mózgowych. — L. Tonenberg: O rektopeksji sposobem Ekehorna w przypadkach wypadania odbytnicy u dzieci. — R. Becker: Praca jako środek leczniczy w chorobach psychicznych. (Streszcz. zbior.). — L. Zamenhof: Ideały a rzeczywistość. — Z. Szymanowski: Nowe ustawy weterynaryjne. — H. Grodecka: Ś. p. Dr. med. Wanda z Sarcewiczów Kulikowska.

Polski przegląd chirurgiczny, tom VII, zeszyt 3, z r. 1928: Sprawozdanie z obrad XXIV Zjazdu chirurgów polskich, odbytego w dniach 12, 13 i 14 kwietnia 1928 w Krakowie. — Leśniow-

---

[4]) L'aspect radiologique de la selle turcique ses variétés a l'état normal et ses altérations pathologiques par G. Chaumet et Grigoratos. Le Monde Medicale I Mai 1927 Nr. 707. Paris.

ski A.: Nowotwory kiszki grubej. — J. Glatzel: Nowotwory okrężnicy. — Nowakowski K.: Guzy zapalne okrężnicy. — Schramm H.: Nowotwory kiszki grubej. — Dziembowski Z.: O nowotworach jelita grubego. — Hilarowicz H.: O wartości rozpoznawczej sztucznej odmy otrzewnej. — Czyżewski K.: Postępowanie w ostrym przebiegu wrzodu żołądka. — Zaorski J.: Zestawienie porównawcze zapatrywań na rozpoznanie i leczenie wrzodów żołądka i dwunastnicy. — Miłaszewski M.: O krezce biodrowo-okrężniczej wspólnej. — Eljasberg M.: O skrętach kątnicy. — Dziembowski Z.: O chorobie Hirschprunga. — Gruca A.: Pokazy z zakresu chirurgji stawu biodrowego. — Skubiszewski F.: Guzy żółtawe z komórkami olbrzymiemi pochewek ścięgnowych oraz torebek stawowych. — Kowalski W.: W sprawie przewlekłego zapalenia trzustki. — Wajs: Z kazuistyki torbieli trzustkowych. — Dziembowski Z.: O chirurgji śledziony w świetle nowszych badań. — Türschmidt W.: Znaczenie pasorzytów w chirurgji jamy brzusznej. Pomper I.: Leczenie przepuklin pachwinowych u małych dzieci. — Jurasz A.: Pokaz chorych po operacjach wytwórczych. — Kryński: W sprawie operacji wytwórczych na czaszce. — Radliński Z.: W sprawie zapalenia tętniczo-żylnego w przypadkach zgorzeli samoistnej kończyn. — Kaliniewicz S.: O bezpośrednim przetaczaniu krwi na podstawie własnych spostrzeżeń. — Maciejowski C.: Przypadek obustronnego wrodzonego rozszerzenia moczowodów. — Hilarowicz H. i Szajna M.: Z badań doświadczalnych nad udoskonaleniem znieczulenia rdzeniowego. — Goldstein P.: Wyniki leczenia operacyjnego nowotworów mózgu i rdzenia. — Abramowicz M.: Histofizjologja i patologja sutka w świetle najnowszych badań. — Kalisz J.: Wskazania do leczenia radem nowotworów złośliwych. — Nowicki St.: Przypadek kostniejącego postępującego zapalenia mięśni (myositis ossificans progressiva). — Maczewski M.: Przypadek tężyczki przewlekłej. — Rutkowski M.: Wyniki torakoplastyki w gruźlicy płuc.

Wiadomości farmaceutyczne, rok LV, nr. 45, z 4 listopada 1918: H. Weiss: Uwagi krytyczne o otrzymywaniu i unormowaniu Opium concentratum podług Ph. G. V. — Nowe leki. — Sprawy zawodowe.

Wychowanie fizyczne, rok IX, zeszyt 11: Wł. Dybowski: Ujednostajnienie badania lekarskiego dla celów wychowania fizycznego i sportu. — J. Baran: Igrzyska Amsterdamskie. — St. Sedlaczek: Obozy harcerskie II. — Sikorski: Chód i bieg.

Polski Czerwony Krzyż, rok VIII, 1928, nr. 10: Zakliński: Zadania drużyn ratowniczych P. C. K. — Skokowska-Rudolfowa: Ze Zjazdu przeciwgruźliczego w Rzymie. — M. Kacprzak: Państwowy Zakład higjeny i Państwowa Szkoła higjeny. — J. R.: Czerwony Krzyż za granicą.

PRZEGLĄD PIŚMIENNICTWA.

Piśmiennictwo niemieckie.

Archiv f. Gyn.

129.

E. Vogt: *Badania nad biologją płynu mózgo-rdzeniowego.* Badanie płynu mózgo-rdzeniowego na odczyn Wassermanna i Sachs-Georgi u osób ciężarnych i rodzących nie kiłowych daje zawsze wynik ujemny. W płynie mózgo-rdzeniowym w czasie ciąży i w czasie porodu nie występuje jawnie odczyn paradoksalny.

Okoliczność ta przemawia również za tem, że płyn mózgo-rdzeniowy nie jest zwykłym infiltratem krwi, lecz stanowi on samoistny produkt wydzielniczy opon i splotu naczyniowego *(Plexus chorioides).*

W przypadkach z nieswoistym, dodatnim odczynem Wassermanna krwi w ciąży i w czasie porodu, jakoteż we wszystkich niejasnych przypadkach z podejrzeniem na kiłę, należy w przyszłości nie ograniczać się jedynie do badania krwi, lecz badać również płyn mózgo-rdzeniowy na odczyn Wasermanna i Sachs-Georgi.

H. Baumm: *Znaczenie odczynu Wassermanna w położnictwie.* Wobec znacznej częstości kiły utajonej należy zdaniem autora u każdej ciężarnej i rodzącej wykonać badanie krwi na odczyn Wassermanna. U osób zdrowych tak w krwi z żyły przedramienia i pozałożyskowej, jakoteż w krwi z pępowiny lub pięty noworodka przydarza się niespecyficzne powstrzymanie haemolizy. U osób kiłowych jedynie badanie krwi pozałożyskowej nigdy nie dało wyniku ujemnego, dlatego też tylko ta krew nadaje się szczególnie do badania. Każde, choćby tylko nieznaczne powstrzymanie haemolizy, wymaga ponownego badania.

Krew z przedramienia może być użyta do badania, lecz jest ona gorsza aniżeli krew pozałożyskowa, zaś krew noworodka zdaniem autora nie nadaje się zupełnie do tego celu.

W końcu zauważa autor, że trud badania osób kiłowych tylko wówczas wyda pożądane owoce, jeśli istnieć będzie pewność, że osoby te będą się leczyć. W tym celu uważa autor za niezbędny przymus leczenia i wydania odpowiednich rozporządzeń jak obowiązek zgłaszania się do kontroli, bezpłatne leczenie ubogich i t. p.

Kok: *W sprawie zaopatrywania jajowodu w nerwy ruchowe.* Z doświadczeń autora wynika, że jajowód w ruchach swych w znacznym stopniu zależny jest od układu nerwowego zewnętrznego. Pod wpływem drażnienia różnych nerwów zaopatrujących, w ogólności występują skurcze.

Badania z przecięciem nerwów lub przerwaniem przewodnictwa nerwowego wykazały, że układ współczulny zwykle powoduje rozkurcz mięśni okrężnych i upośledza ruchy, podczas gdy przeciwnie układ autonomiczny krzyżowy zwiększa napięcie mięśni i może wywołać ich skurcz.

Badania farmakologiczne przemawiają za obecnością obwodowych ośrodków odruchowych w ścianie jajowodu.

Bardzo wielkie znaczenie dla samoistnej czynności mięśni jajowodu i ich wrażliwości na wpływy nerwowe ma stan samego organizmu.

Kaufmann i Raeth: *Przemiana tłuszczów i związek ich z czynnością ciałka żółtego.* Wychodząc z badań Zondeka i Aschheima nad czynnością ciałka żółtego, badali autorowie przebieg przemiany tłuszczów w rozmaitych, znanych okresach rozwoju ciałka żółtego. Ponieważ dotychczasowi badacze posługiwali się metodami histo-chemicznemi i doszli do wniosków niesłusznych, dlatego zastosowali oni w swych badaniach metody chemiczno-analityczne, zdaniem ich jedynie nadające się do tego celu, jako umożliwiające zbadanie substancji tłuszczowych nie związanych z białkiem. W ten sposób przeprowadzili analizę 24 ciałek żółtych a mianowicie 12 w okresie unaczynienia, pęknięcia i dojrzewania, 8 z czasu ciąży i 4 z czasu przemiany wstecznej po regularności. Badanie polegało na oznaczeniu całej ilości cholesteryny, cholesteryny związanej (estry), wolnej cholesteryny, kwasów tłuszczowych, lecytyny i całej zawartości lipoidów.

Badania dały wynik następujący:

Zawartość substancyj tłuszczowych w okresie czynności ciałka żółtego, a więc w czasie rozwoju i w ciąży, odnośnie do poszczególnych składników tłuszczu nie jest zmniejszona, natomiast zawartość lecytyny ulega zwiększeniu.

Zawartość cholesteryny ciałka żółtego wrzekomego w okresie czynności i w okresie przemiany wstecznej nie wykazuje znaczniejszych różnic.

Cała zawartość cholesteryny w czasie największego nagromadzenia tłuszczów nie jest większa jak w okresie rozwoju.

Zawartość lecytyny ulega znacznym wahaniom. W ciałku żółtem wrzekomem ilość jej w okresie czynności wielka — znacznie się zmniejsza tuż po tym okresie a więc po wystąpieniu regularności. W ciałku żółtem ciążowem ilość lecytyny wzrasta znacznie aż do końca ciąży, zmniejsza się natomiast w przypadkach obumarcia ciąży trąbkowej.

Kwasy tłuszczowe ulegają znacznym wahaniom we wszystkich okresach i tylko w okresie dalszej przemiany wstecznej wykazać się daje stała ich przewaga.

Niezdolność do barwienia się tłuszczu w okresie czynności a więc w czasie obecności hormonu tłumaczą autorowie stanem kolloidalnym substancyj tłuszczowych. Hormon zwiększa rozpuszczalność, dlatego gromadzą się większe ilości tłuszczu. Jeśli hormon zniknie, wtedy tłuszcz opada jako osad, barwi się i traci swe działanie biologiczne. Autorowie nie podzielają zapatrywania Zondeka i Aschheima, że substancje tłuszczowe stanowią środek do rozpuszczania hormonu, gdyż analiza płynu pęcherzykowego, zawierającego hormon w dużej ilości, wykazała tylko małe ilości tłuszczu. W ciałku żółtem zatem znajduje się daleko więcej substancyj tłuszczowych, aniżeli to jest potrzebne do zagęszczenia hormonu.

Hermstein: *O lipoidach krwi miesiączkowej.* Stwierdziwszy wpływ regularności na cały ustrój kobiety, omawia autor technikę swych badań i porównuje ją z techniką innych autorów. Podkreśla, że badania przeprowadzał wkrótce po wystąpieniu krwawienia miesiączkowego a to w celu możliwego porównania lipoidów krwi miesiączkowej z lipoidami doczesnej przedmiesiączkowej.

Ścisła obserwacja przebiegu całego okresu miesiączkowego u 4 kobiet wykazała, że nie przychodzi do zupełnego ustania wydzielania krwi z macicy, a spostrzegane czasowe wstrzymanie regularności nie polega na rzeczywistem ustaniu krwawienia. Ilość krwi wydalonej z macicy w ciągu 12 godzin nie wynosi więcej jak 15 ccm w czasie normalnej regularności ilość ta wynosi zatem nie więcej jak 60—80 ccm.

Ilościowe i jakościowe oznaczenie lipoidów krwi miesiączkowej zdrowej, dojrzałej kobiety wykazuje, że ilość ich w porównaniu z ilością lipoidów krwi w okresie międzymiesączkowym jest znacznie większa. Również zawartość lipoidów krwobiegu w czasie regularności ulega zwiększeniu choć nie tak znacznemu.

Zwiększenie to dotyczy wszystkich składników lipoidów (cholesteryny, kwasów tłuszczowych i fosforanów) równomiernie. Stosunek cholesteryny do kwasów tłuszczowych wynosi w krwi żylnej w czasie między miesiączkami jak i podczas miesiączki 0,7, zaś w krwi miesiaczkowej 0,6. Stosunek zaś fosforanów do cholesteryny, który w krwi żylnej w czasie między miesiączkami i w czasie miesiączki wynosi 1,2, wynosi w krwi miesiączkowej 1,5.

Porównanie lipoidów krwi miesiączkowej względnie doczesnej przedmiesiączkowej z lipoidami jajnika i ciałka żółtego nie daje żadnego dowodu na to, jakoby w lipoidach jajnika znajdował się jego hormon.

Stwierdzono, że osocze krwi miesiączkowej zawiera ciała, które są w stanie zmniejszyć również krzepliwość krwi normalnej. Są to ciała rozpuszczalne w nafcie i eterze, pod wpływem których osocze krwi traci powyższą własność. W wyciągach zatem muszą pozostać ciała, które dodane do osocza krwi miesiaczkowej, zawierającej lipoid w małej ilości, zmniejszają krzepliwość krwi jednak w stopniu znacznie mniejszym aniżeli to czyni samo osocze krwi.

Pod koniec trzeciego i w czwartym dniu regularności traci osocze krwi miesiączkowej swe wyraźne krwawe zabarwienie i przybiera znowu normalną żółtą barwe osocza krwi naczyniowej. Równolegle ze zmniejszaniem się hemoglobiny w osoczu wzrasta ilość krwinek i zawartość w nich hemoglobiny, tak, że indeks barwikowy tylko w pierwszych 2 dniach regularności jest wyższy jak 1.

Krwinki krwi miesiączkowej wykazują zmniejszenie odporności miernego stopnia. Dowiedzioną jest rzeczą że sprawa ta zależy od lipoidów, co zaznacza się antagonistycznym stosunkiem cholesteryny do lecytyny. Większa zawartość lecytyny w krwi miesiączkowej zdaje się wystarczać zupełnie, aby zburzyć równowagę czynnościową i wywołać procesy hemolityczne.

Szybkość opadania krwi z naczyń w czasie regularności nie zwiększa się wcale, podczas gdy krew miesiączkowa wykazuje nieznaczne przyspieszenie opadania. Przyspieszenie opadania krwinek i zawartość cholesteryny nie muszą wykazywać żadnej zależności, a względnie większa zawartość lecytyny w krwi miesiączkowej nie wystarcza, aby wyraźnie osłabić działanie cholesteryny.

K. B. (Lwów).

RUCH W TOWARZYSTWACH LEKARSKICH. — ZJAZDY.

Krakowskie Towarzystwo Lekarskie.

Posiedzenie w dniu 23. V. 1928.

Przewodniczący: Prezes Prof. Latkowski.

Obecnych 25.

Pułk. lek. Dr. Maciąg przedstawia przypadek *peliosis rheumatica*.

Dr. Zahorski (ze Sosnowca) wygłasza odczyt p. t.: *„Nowoczesne leczenie astmy metodą prof. Coca"*.

W dyskusji zabierają głos: Dr. Maciąg, który porusza sprawę dietetycznego leczenia astmy; przytacza badania Storm v. d. Leeuvena i mówi o metodzie tego autora; podnosi że reakcja na wyciągi z allergenów jest różna u różnych osobników; wspomina o innych metodach leczenia, jak o wstrzykiwaniu peptonu, autohemoterapji. Kol. Szczeklik nadmienia o trudnościach jakie wyłaniają się przy badaniu uczulenia chorych na astmę i podkreśla niedokładność i niedostateczność dotychczasowych metod badania zapomocą odczynów skórnych; wspomina o innych metodach leczenia odczulającego astmy.

Kol. Latkowski nadmienia, że teorja allergenów nie jest jeszcze ogólnie przyjętą, istnieją bowiem przypadki, które wyłamują się z pod tej teorji, a mianowicie wielu chorych nie oddziaływuje na wstrzykiwania różnego rodzaju wyciągów jak to szczególnie autorowie francuscy podnoszą. Prof. Latkowski stosował różne sposoby leczenia astmy, a także szczepionki z kału i plwociny jak również wstrzykiwania mleka, kazeiny, tuberkuliny i t. p. z różnym wynikiem. Również szczepionka Danysza nie zawsze dawała w astmie wyniki dodatnie.

Kol. Zahorski w odpowiedzi wspomina o leczeniu dietetycznem; podaje przykłady uczulenia na różne allergeny. Autohemoterapja, autowakcynoterapja niezawsze pomagają. Za skutecznością metody prof. Coca przemawiałby duży materjał tego autora.

Prof. Latkowski podnosi, że rozstrzygnięcie działania jakiegoś leku jest ogromnie trudne i wymaga dużego krytycyzmu czy jaki środek wywołuje wstrzymanie ataku astmy jest jeszcze trudniej rozstrzygnąć, gdyż należy liczyć się z samoistnemi remisjami. Prof. Latkowski podkreśla szczególne znaczenie konstytucjonalizmu w powstawaniu astmy i zwraca uwagę, że na astmę cierpią ludzie, którzy mają właśnie chorobliwy konstytucjonalizm; o czem można wnosić z zachowania sie ich krwi i systemu nerwowego mimowolnego. Tem się też tłumaczy dlaczego tak trudne jest wyleczenie astmy.

Posiedzenie w dniu 6. VI. 1928.

Przewodniczący: Prezes Prof. Latkowski.

Obecnych 38.

Przyjęto nowego członka kol. Bincera Wiktora.

Kol. Ślączka: *Demonstracja choroby Friedreicha i pokrewnych zespołów*.

Kol. Keller Tadeusz wygłasza odczyt p. t.: *„O kapillaroskopji w położnictwie"*.

W dyskusji zabierają głos: Doc. Szymanowicz który podnosi, że kapillaroskopja obwodowa w połączeniu z kapillaroskopją dna oka może oddać usługi w chorobach nerkowych.

Posiedzenie w dniu 13. VI. 1928.

Przewodniczący: Prezes Prof. Latkowski.

Obecnych 110.

Prof. Rosner wygłasza odczyt p. t.: *„Otyłość, a płodność w świecie ludzkim"*.

W dyskusji zabierają głos: Dr. Glasner, który podkreśla różnicę jaka istnieje między materjałem chorych lekarza - praktyka, a lekarza - klinicysty. Zaznacza, że istnieją inne przyczyny, które też mogłyby wchodzić w grę w niepłodności. Zwraca uwagę na utylitaryzm jaki tkwi w powiedzeniach: typ konstytucyjny malowartościowy.

Dr. Blassberg widzi słabą stronę problemu w tem, że porównuje się tu i zestawia z jednej strony jeden poszczególny narząd hormonalny t. j. płciowy, biorąc jako miernik zdolność do płodności, a z drugiej strony kładąc na szalę porównania otyłość, mierzoną wagą i wyglądem. Tymczasem pojęcie otyłości jest bardzo rozległe i niejednolite i mieści w sobie cały szereg zaburzeń i stanów czy to hormonalnych czy też bilansowych oraz szereg patologicznych możliwości wtłoczonych w jeden zespół, zwany otyłością. Tyczy się to zarówno otyłości konstytucjonalnej, względnie hormonalnej, jak również bilansowej. Bo przy otyłości hormonalnej mogą wchodzić w grę stany z różnym puktem wyjścia zaburzenia jak np. przysadce mózgowej, trzustce, gruczole tarczykowym i t. p. W otyłości bilansowej wchodzą w grę różne czynniki otyłości jak np. retencja wody, niedostateczne oddychanie i następowe niespalanie tłuszczów w narządzie oddechowym i t. p. (autoreferat).

Kol. Friedman zapytuje prelegenta, czy wszystkie w odczycie wspomniane pacjentki leczyły się z powodu bezpłodności, bo pomijając niezamężne, to już u kobiet, które kilka razy rodziły, kwestja, czy tym kobietom nadal na płodności zależało, budzi pewne wątpliwości. Wszak znaną jest powszechnie rzeczą, że w czasach dzisiejszych kobiety cierpiące na brak lub nieregularne występowanie miesiączki, szukają porady lekarskiej częściej z obawy przed ciążą, a otyłe ze względu na wygląd lub figurę, niż z powodu bezpłodności. Statystyka porodów, gdyby się ją ściśle badało, wykazywałaby, że znaczna większość, może bez zbytniej przesady 90% porodów jest owocem przypadku i odbywa się wbrew woli rodziców. Jeżeli się zatem w statystyce płodności nie uwzględni tego momentu, czy kobieta chciała zajść w ciążę, czy ciąży unikała, względnie nie zapobiegała tejże, to wartość statystyki takiej jest bardzo problematyczną (autoreferat).

Prof. Rosner w odpowiedzi zauważa, że wprowadzenie utylitaryzmu do pojęcia konstytucji jest rzeczą potrzebną; Prof. Rosner uzasadnia przykładowo swe zapatrywanie. Podkreśla jeszcze raz, że kobieta interseksualna ma inną fizjologię i patologię genitaljów niż kobieta normalna. Uwagi dr. Blasberga

uważa prof.. za słuszne, tłumaczy jednak, że w odczycie swym wypowiadał się jak praktyk - lekarz co do praktyka - lekarza, a nie traktował swego tematu z punktu widzenia czysto naukowego?

W odpowiedzi Dr. Friedman zaznacza, że wszystkie kobiety z jego statystyki zgłaszały się w tym celu, by uzyskać z powrotem perjod lub mieć dzieci.

Posiedzenie w dniu 20. VI. 1928

Przewodniczący: Prezes Prof. Latkowski.

Obecnych 32.

Dr. Miodoński i Dr. Nodzyński: *„O galwanicznem badaniu aparatu przedsionkowego“ wraz z demonstracją przyrządu do tego celu służącego.*

Dyskusja: Doc. Rogalski zauważa, że na materjale naszym trzeba wyższych wartości przy badaniu galwanicznem by otrzymać reakcje niż to jest potrzebnem dla materjału francuskiego, który miał sposobność obserwować u Babińskiego.

Kol. Miodoński stwierdza że wahania są tutaj bardzo różne, zależne od indywiduów nawet od czasu w którym się przeprowadza to badanie. W stanach patologicznych reakcja przy badaniu jest jeszcze różna niż u ludzi zdrowych.

Przeciętna norma na materjale kol. Miodońskiego wielkich różnic nie wykazuje.

Posiedzenie w dniu 27. VI. 1928.

Przewodniczący: Prezes Prof. Latkowski.

Obecnych 34.

Demonstracje: Kol. Ściesiński przedstawia przypadek *Ca. oesophagi* z przerzutami w jelicie czczem, w śledzionie.

Kol. Gawroński: Przypadek łożyska szyjkowego wrośniętego.

Pułk. Maciąg 1) Przypadek z dziedziny rumieni pęcherzowych, 2) Przypadek nekrozy skóry po wstrzyknięciu salyrganu podskórnie.

W dyskusji zabierają głos: Kol. Blassberg, prof. Latkowski, pułk. Maciąg.

Kol. Dziuba z kliniki wewnętrznej przedstawia przypadek guza o kształcie cysty w płucu prawem.

W dyskusji prof. Latkowski podnosi trudności rozpoznania różniczkowego tego przypadku.

Kol. Wachtel: Roentgen przemawia za echinokokiem.

W dalszym ciągu dyskusji zabierali głos: Kol. Szczeklik, kol. Hirsch.

Kol. Szczeklik przedstawia z II kliniki wewnętrznej przypadek kiły wątroby u 40-letniego mężczyzny.

Sekretarz: *E. Szczeklik.*

Lubelskie Towarzystwo Lekarskie.

Posiedzenie z dnia 5 marca 1928 r.

Kol. J. Freytag wygłasza referat p. t.: „Patogeneza i leczenie ropomoczu u dzieci“.

Nawiązując do pierwszych badań Eschericha nad t. zw. colicystitis, wspomina prelegent o późniejszych badaniach, lokalizujących najważniejsze zmiany przy omawianej jednostce chorobowej w miedniczkach (pyelocystitis) i o ostatnio wprowadzonym terminie „pyuria“, nie przesądzającym patogenezy, niezupełnie jeszcze wyjaśnionej. Zakażenie dróg moczowych może iść trzema drogami: 1) ascenzji bakteryjnej od początku cewki moczowej do miedniczki, 2) drogą krwi i 3) drogą chłonną. Referent omawia pokrótce każdą z tych dróg, przytaczając badania autorów polskich i niemieckich, tak klinicytsów, jak i anatomo-patologów, przyczem omawia szerzej badania Czernego, który jeden z pierwszych wskazywał na miąższ nerkowy, jako na główną siedzibę zakażenia, które przebiegając początkowo pod postacią „ogniskowego zapalenia nerek“ według słów Kovitza, powoduje wtórne zakażenie dróg odwodzących. Poglądy te znalazły swe uzasadnienie w badaniach wielu autorów, w tem z polskich autorów Wł. Bujaka.

Przechodząc do kwestji leczenia omawia je referent w formie schematycznej, a więc: leczenie w okresie ostrym i późniejszym, stosowanie środków farmaceutycznych, biologicznych, autowakcyny, transfuzji krwi; wreszcie leczenia dietetyczno-witaminowego.

Referat wywołał ożywioną dyskusję, w której omawiano szereg poglądów na patogenezę ropomoczu, oraz metody leczenia.

Posiedzenie z dnia 18 marca 1928 r.

Kol. Kagan wygłosił referat: „O nowoczesnych poglądach na koklusz“. Streszczenie referatu:

Większość autorów stoi na stanowisku, że koklusz jest wywołany przez lasecznik Bordet-Gengou, że tak jednakowoż nie jest, wykazały badania bakterjologiczne. Czerny uważa, że koklusz stanowi zespół objawów, jak np. zapalenie płuc, które mogą wywołać różne bakterje, szczególnie u dziecka o wzmożonej pobudliwości układu nerwowego. Wrażliwość na koklusz bywa w każdym wieku — zakażenie odbywa się przeważnie drogą kropelkową. Każda epidemja kokluszu odzwierciadla swoisty wygląd anatomopatologiczny płuc. Obrazy anatomo-patologiczne płuc w jednej epidemji ciągle się powtarzają. Temu monotonnemu obrazowi anatomo-patologicznemu odpowiadają różne obrazy kliniczne. Dawniej czekano na specyficzny kaszel dla rozpoznania kokluszu, Pospischill rozpoznaje koklusz jedynie na podstawie zmian płucnych, gdy zmiany bronchityczne umiejscawiają się w jednym płacie, lub w jego części, gdy bronchitis zagnieżdża się ciągle w tem samem miejscu, gdy pod wpływem częstych ataków bronchitycznych dziecko mizernieje i blednie, wtedy mamy obraz kliniczny płuca kokluszowego. Rzężenia, które w tych przypadkach słyszymy, są na wpół dźwięczne i mieszczą się u podstawy płuc Niektóre epidemje kokluszu cechują bronchiektazje wraz z palcami pałeczkowatemi. Przy kokluszu spotykamy różne zapalenia opłucnej, wytwarzanie się tej lub innej postaci zależne jest od dwóch czynników: od „genius epidemicus“ i od wtórnej infekcji, przyłączającej się do kokluszu. Płuco kokluszowe jest czułym aparatem odbiorczym dla różnych infekcyj wtórnych. Pospischill jest tego zdania, że większość surowiczych zapaleń opłucnej u dzieci nie jest pochodzenia gruźliczego, lecz kokluszowego, nawet tam, gdzie koklusz już dawno minął. Każda wtórna infekcja układu oddechowego wywołuje nawrót kokluszu. Pierwsze miejsce pod tym względem zajmuje odra. Zapalenie płuc odrowe, mówi Pospischill, jest po większej części płucem kokluszowem. Klinika kokluszu sto' pod znakiem nawrotów, w płucach jego punkt ciężkości, a mianowicie w stanie zapalnym oskrzeli, a więcej jeszcze — tkanki dokoła oskrzelowej. Obrzęk mózgu, zakrzepy zatok mózgowych, epistaxis, wybroczyny na spojówkach, twarzy, tułowiu i górnych kończynach, obrzęk twarzy, szczególnie powiek, obrzęki grzbietu dłoni, stóp, a nawet ogólne obrzęki, krwotoki z dziąseł są następstwem specyficznego uszkodzenia naczyń przez jady kokluszowe. Aphtoidy przy kokluszu przedstawiają się w postaci grubościennego pęcherza o spoistości chrząstkowatej, lokalizują się na języku, w gardzieli, w przełyku i na wargach. Leczenie kokluszu za pomocą szczepionek i surowic zawiodło. Ulgę w tej ciężkiej chorobie przynosi tylko powietrze. Reasumując powyższy referat powiemy, że:

1) koklusz jest chorobą zakaźną przewlekłą,

2) dla ustalenia rozpoznania kokluszu atak kaszlu nie jest niezbędnym objawem,

3) dla ustalenia rozpoznania kokluszu wystarczy już płuco kokluszowe,

4) koklusz okazuje wielką skłonność do nawrotów,

5) każde zakażenie układu oddechowego może wywołać nawrót już dawno minionego kokluszu,

6) najbardziej groźną dla nawrotów chorobą jest odra.

Posiedzenie z dnia 4 kwietnia 1928 r.

1. Dr. W. Drożdż i Dr. Brzozowski omawiają przebieg choroby pacjenta obserwowanego w szpitalu św. Wincentego a Paulo. Chory L. od roku chwieje się przy chodzeniu, pada w lewą stronę, od 5 tygodni miewa okresowe bóle i zawroty głowy, oraz wymioty, nie słyszy na lewe ucho. Dotychczas nie chorował. Stan chorego w chwili przybycia do szpitala: Niedowład l. nerwu twarzowego, znieczulenie w obrębie l. nerwu trójdzielnego, porażenie l. nerwu słuchowego. Przy staniu i chodzeniu chwieje się, pada w lewo. Adiadochokinesis i ataksja lewostronna, oczopląs pionowy i poziomy obustronny. Odruchy naogół żywe, brzuszne słabsze po l. stronie. Odczyn Wassermanna ujemny, płyn mózgowo-rdzeniowy i dno oka, normalne. Rozpoznano guz kąta mostowo móżdżkowego lewego. Zabieg operacyjny, wykonany przez Dra K. Jaworskiego był dwuczasowy, jednakże po pierwszej operacji wystąpiło ropienie, przez co druga część zabiegu była znacznie opóźniona i utrudniona. Guza nie zdołano usunąć, chory zmarł z powodu krwotoku z zatoki żylnej. Sekcja zwłok ywkonana przez Dr. Morozową wykazała obecność guza wielkości orzecha włoskiego, w kącie mostkowo móżdżkowym lewym. Badanie histologiczne wykazuje w guzie utkanie glejaka. Kol. Morozowa przedstawia preparat sekcyjny i preparaty mikroskopowe.

Następnie kol. Rupniewski odczytuje sprawozdanie z oddziału chirurgicznego szpitala św. Jana Bożego w Lublinie za r. 1927.

Ogółem leczono w r. 1927 — 546 chorych, z tego operacyjnie leczonych było 300 (55%), nieoperacyjnie 246 (45%).

Operacji czystych wykonano 169, z tego wypisano 154 chorych, zmarło 15.

Operacyj ropnych wykonano 109, z tego wypisano 104 chorych, zmarło 5.

Operacyj gruźlicy wykonano 22, z tego wypisano 20, zmarło 2.

Razem na 300 chorych leczonych operacyjnie wypisano 278, zmarło 22. Leczonych nie operacyjnie było przypadków czystych 174, zmarło 7, przypadków ropnych 40, z tego zmarło 7 i gruźlicy 32, zmarło 3 chorych. Razem na 246 chorych leczonych nieoperacyjnie wypisano 207, zmarło 39. Śmiertelność u leczonych operacyjnie wynosiła u mężczyzn 10%, u kobiet 2,7% — ogólna 7%, u lecz. nieoperacyjnie mężczyzn 8,7%, u kobiet 3,5%, ogólna 6,9%. W porównaniu z rokiem poprzedniem i 1925 przeciętna liczba dni pobytu pacjenta spadła z 36 na 24, a więc o 33%. Procent chorych leczonych operacyjnie wzrósł z 51 do 55. Procent operacyj czystych zwiększył się z 39% w r. 1925 do 60% w 1927 r. czyli o 21%. Śmiertelność ogólna obniżyła się z 9,2% w r. 1925 do 7% w r. 1927, a więc o 2%. Z powyższych zestawień wynika, że oddział chir. szpit. św. Jana B. okazuje trwały postęp w swym rozwoju.

Posiedzenie z dnia 22 kwietnia 1928 r.

1. Kol. Anasiewicz przedstawia przypadek gruźlicy I. kręgu lędźwiowego u dziecka niespełna 2-letniego. W dyskusji nad tym przypadkiem omawiano metody leczenia gruźlicy kręgów u dzieci.

2. Kol. Anasiewicz przedstawia preparat operacyjny raka palca 5-go stopy starca 70-letniego. Badanie histologiczne wykazało utkanie raka płaskokomórkowego.

3. Kol. Jaczewski przedstawia chorego z epithelioma basocellulare twarzy, leczonego przyżeganiami śniegiem bezwodnika węglowego z wynikiem wybitnie dodatnim, po 3 przyżeganiach rozległe owrzodzenie zabliźniło się prawie zupełnie. Następnie kol. Jaczewski przedstawia przyrząd do przyżegania skonstruowany i używany w Szpitalu św. Józefa, wreszcie wygłasza referat: „O kryoterapji", w którym omawia pierwsze próby badania różnych autorów, wskazania do leczenia tą metodą i wyniki osiągane w różnych sprawach chorobowych przy jej zastosowaniu. Po referacie przedstawia kol. Jaczewski chorego, leczonego z powodu rozległej i głębokiej trichophytjazy brody, policzków i szyi dożylnemi zastrzykiwaniami rozcieńczonego płynu Lugola. Po 10 injekcjach po 5 cm^3 płynu Lugola + 15 cm^3 wody, nastąpiło zupełne wygojenie.

Posiedzenie z dnia 22 kwietnia 1928 r. odbyte w Szpitalu św. Józefa (Szpital dla chorób skórnych i wenerycznych) rozpoczęło serję posiedzeń szpitalnych Towarzystwa, których odtąd ma się odbywać po 5 w ciągu każdego roku, t. j. po jednem na rok w każdym z pięciu szpitali lubelskich. Zadaniem, jakie spełnić mają posiedzenia szpitalne, będzie zapoznawanie ogółu kolegów z materjałem szpitalnym chorych w szerszej mierze, niż to jest możliwe na posiedzeniach w lokalu Twa, pozatem przewidziane są ew. pokazy urządzeń szpitalnych.

Nadzwyczajne posiedzenie z dnia 26 kwietnia 1926 r.

Na posiedzeniu tem, Dr. Wł. Podsoński ze Lwowa wygłosił referat p. t.: „Lubień Wielki, zdrój siarczany obok Lwowa".

Posiedzenie z dnia 6 maja 1928 odbyte w Szpitalu Dziec. Jezus.

1. Dr. Jaczewski przedstawia chorą z rozległą promienicą skóry kończyny dolnej. Choroba trwa od 6 lat, rozpoczęła się owrzodzeniem na stopie, które nie goiło się, lecz zaczęło rozszerzać się ku górze. Obecnie znajdują się liczne owrzodzenia na podudziu i udzie, pozatem widoczne są charakterystyczne zagłębienia po owrzodzeniach częściowo zagojonych. Gruczoły chłonne nie zmienione. Badanie mikroskopowe wykazuje obecność nitek grzyba, bez buław. Chora otrzymuje dożylnie injekcje rozcieńcz. płynu Lugola.

2. Kol. Klepacki przedstawia pacjentkę 3-letnią, u której na skórze tułowia i kończyn znajdują się liczne scrophulodermata w postaci guzowatych nacieków, częściowo rozpadających się, pozatem na brzuchu znajduje się guzek w tkance podskórnej, nie rozpadający się, rozpoznany przez Kol. Klepackiego jako erythema induratum Bazin. Na twarzy i kończynie dolnej prawej liczne tuberkulidy. W narządach wewnętrznych poza powiększeniem śledziony nie stwierdza się zmian.

3. Kol. Kożuchowski przedstawia preparat operacyjny: meningoencephalokele, pochodzący od dziecka 3 miesięcznego. Guz jest wielkości głowy noworodka, badanie histologiczne wykazało w nim obecność tkanki mózgowej. Przebieg leczenia pooperacyjnego był bezgorączkowy, po 7 dniach dziecko wypisano ze szpitala w stanie zupełnie dobrym.

4. Kol. Klepacki wygłasza referat p. t.: Współczesne szpitalnictwo dziecięce", w którym omawia stosowany obecnie w szpitalach dziecięcych system prawidłowy skombinowany z celkowym, urządzenie stacji obserwacyjnej, która jest niejako filtrem nie przepuszczającym przypadków, które mogłyby stać się przyczyną zakażeń wewnątrz - szpitalnych. Dalej omawia referent sposoby zwalczania zakażeń wewnątrz - szpitalnych, wreszcie stosowanie potężnego, a zbyt mało dotąd używanego środka leczniczego, jakiem jest powietrze i słońce. W zakończeniu referatu omawia prelegent budowę nowego pawilonu szpitala dziecięcego w Lublinie, który niebawem będzie wykończony i urządzony według nowoczesnych wymogów szpitalnictwa dziecięcego. W ożywionej dyskusji, jaka się wywiązała po referacie, poruszono szereg zagadnień z dziedziny zwalczania zakażeń wewnątrz-szpitalnych, zwłaszcza płonicą.

Dr. Morozowa, sekretarz.

SPRAWY ZAWODOWE.

Komunikat Naczelnej Izby Lekarskiej w sprawie cennika opłat za czynności lekarzy jako biegłych sądowych.

Delegacja Naczelnej Izby Lekarskiej w dniu 31. V. 1927 podczas audjencji u p. Ministra Sprawiedliwości wręczyła Mu memorjał w sprawie ustalenia opłat za czynności lekarzy jako biegłych sądowych. W dniu 19. IX. 1927 przesłała p. Ministrowi Sprawiedliwości memorjał z dołączeniem projektu cennika za owe czynności, opracowanego przez Naczelną Izbę Lekarską na zasadzie materjału nadesłanego przez Izby Lekarskie i ze współudziałem p. prof. Grzywo-Dąbowskiego.

W dniu 20 września 1928 r. odbyła się narada w Ministerstwie Sprawiedliwości pod przewodnictwem p. referenta Min. Spr. Akkera w celu rozpatrzenia i uzgodnienia „Projektu Rozporządzenia Min. Spr. o opłatach za czynności lekarskie i chemików jako biegłych sądowych". W naradzie wzięli udział oprócz Przewodniczącego: przedstawiciel Naczelnej Izby Lekarskiej oraz prof. Grzywo-Dąbrowski, przedstawiciel Stowarzyszenia lekarzy Rządowych i przedstawiciel chemików.

W dyskusji ogólnej podkreślono *jednogłośnie* potrzebę wytworzenia instytucji specjalnej lekarzy sądowych rządowych, wyspecjalizowanych w metodach badań sądowo-lekarskich. Przewodniczący zapewnił, że desiderata te przedłoży p. Ministrowi, lecz tego w obecnym cenniku wprowadzić nie może.

Po dyskusji szczegółowej nad każdą pozycją cennika został przyjęty prawie w całości cennik przedłożony przez Naczelną Izbę Lekarską.

Ponieważ „Projekt Min. Spr." w art. 1 wymienia, że „lekarze rządowi i wolnopraktykujący za czynności sądowo-lekarskie pobierają opłaty podług taksy, określonej w niniejszem Rozporządzeniu" — przedstawiciel Naczelnej Izby Lekarskiej zgłosił wniosek:

„W par. 8" Projektu cennika za czynności sądowo-lekarskie" opuścić słowa „łącznie ze stratą czasu", natomiast w końcu tego par. dodać: „Przy czynnościach dokonywanych przez biegłego lekarza wolnopraktykującego — poza miejscem jego zamieszkania, należy mu się oprócz rzeczywistych kosztów podróży, djet i opłat za dokonane czynności odszkodowanie *za stratę czasu:*

a) w obrębie Okręgu Sądu, do którego należy miejsce zamieszkania lekarza — za każdą godzinę 10 zł,

b) gdy biegły wezwany jest przez inny Sąd — za każdą godzinę, spędzoną poza miejscem zamieszkania 20—40 zł".

Wniosek ów przy głosowaniu upadł. Wówczas przedstawiciel Naczelnej Izby Lekarskiej złożył ten wniosek na piśmie z prośbą o dołączenie go do protokołu.

„Projekt" ów ma być przedłożony p. Ministrowi i po zatwierdzeniu go przez p. Ministra zostanie ogłoszony w „Monitorze".

Przewodniczący: *Dr. Bączkiewicz.* Sekretarz: *Dr. Metelski.*

NEKROLOGJA.

Ś. p. Prof. Dr. Adam Łobaczewski.

Uniwersytet Jagielloński poniósł nową bolesną stratę przez śmierć ś. p. Profesora Dr. Adama Łobaczewskiego.

Ś. p. Prof. Dr. Adam Łobaczewski urodził się 12 stycznia 1870 r., a po przejściu szkół średnich wstąpił na praktykę aptekarską i w roku 1887 otrzymał stopień asystenta farmacji, poczem przez dwa lata pracował w tym zawodzie. W roku 1889 zapisał się na Uniwersytet Jagielloński jako słuchacz farmacji i w lipcu 1891 uzyskał tamże dyplom magistra. Następnie odbył studja lekarskie i 1899 r. uzyskał dyplom doktora wszech nauk lekarskich. Od roku 1898 do 1906 pracował jako asystent przy katedrze farmakologji i farmakognozji Uniwersytetu Jagiell., a następnie do 1902 przy tejże katedrze Uniwersytetu Lwowskiego, gdzie przez rok wykładał farmakognozję w zastępstwie prof. Sobierańskiego. W czasie asystentury w Krakowie i od 1902 do 1904 pracował równocześnie jako lekarz w klinice chorób wewnętrznych prof. Dr. Korczyńskiego, następnie na oddziale chorób wewnętrznych prof. Dr. Pareńskiego. Potem wyjechał na studja zagraniczne do Kliniki prof. Krausa w Berlinie. Złożywszy egzamin wymagany otrzymał w r. 1902 stanowisko asystenta sanitarnego przy Starostwie w Podgórzu, które zajmował aż do roku 1908, poczem objął stanowisko lekarza w Państwowej Fabryce Tytoniu w Krakowie. Pracując w tym czasie przez kilka lat w Zakładzie farmakognozji U. J. pod kierunkiem Prof. Dra Łazarskiego otrzymał w roku 1921 Veniam legendi z zakresu farmakognozji i otrzymał polecenie prowadzenia wykładów i ćwiczeń farmakognozji. W tym czasie ogłasza prace naukowe. W lipcu 1923 został mianowany nadzwyczajnym profesorem farmakognozji a od śmierci prof. Łazarskiego wykładał zastępczo farmakologję, kierując równocześnie obu zakładami. W roku 1920 pełnił służbę w Wojsku Polskiem, w którem pozostawał aż do roku 1922 w randze majora.

Ś. p. Prof. Dr. Adam Łobaczewski czynny był także jako lekarz praktyczny posiadający wielkie zaufanie w szerokich kołach społeczeństwa, ze względu na swój wybitny talent i wielkie zalety charakteru.

Cześć Jego pamięci!

LISTY DO REDAKCJI.

W odniesieniu do ogłoszonego w numerze 46 Polskiej Gazety Lekarskiej z r. b. na stronicy 855 listu Doc. Dr. Sterlinga-Okuniewskiego, otrzymała redakcja następujące wyjaśnienie Dra Z. Tomanka:

Wielce Szanowna Redakcjo!

Stwierdzam, że w moim Sprawozdaniu z Międzynarodowego Zjazdu Przeciwgruźliczego w Rzymie zamieszczonym w Nr. 42, 43 i 44 P. G. L. b. r. uwzględniłem także referaty tych autorów, którzy swoje prace złożyli w Sekretarjacie Zjazdu, do głosu dojść nie mogąc.

Brak zamieszczenia dyskusji P. Doc. Dra Sterlinga-Okuniewskiego, przemawiającego na pierwszem posiedzeniu nastąpił z przyczyn odemnie niezależnych, gdyż nadesłałem ją Szanownej Redakcji, co jednak ze względów technicznych zdołało znaleść miejsce tylko w adnotacji w Nr. 43 P. G. L., str. 792.

Łączę wyrazy głębokiego szacunku i wysokiego poważania

Dr. Zdzisław Tomanek.

WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.

Warszawa.

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie niniejszym ogłasza trzy nagrody konkursowe, ufundowane przez Towarzystwo warszawskie „Motor" Sp. Akc. Zakłady Chemiczno-Farmaceutyczne w poczuciu potrzeby jaknajwiększego rozwoju wiedzy terapeutycznej, będącej dla polskiego przemysłu pobudką, źródłem i sprawdzianem dalszych poczynań i usiłowań w dziale produkcji chemiczno-farmaceueycznej.

Nagrody konkursowe będą przyznawane za najlepsze z wartościowych prac oryginalnych z dziedziny lecznictwa, napisanych w języku polskim i złożonych na maszynopisie na ręce Sekretarza Stałego Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego (u. Niecała 7) do dnia 31 marca 1930 r. — godziny 12-tej w południe.

Pierwsza nagroda konkursowa wynosi złotych 3.000, dwie inne po złotych 1.000 — każda.

W razie zakwalifikowania do nagrody mniej, niż 3 prac, Komitetowi konkursowemu przysługuje prawo zwiększenia wysokości przyznanych nagród.

Komitet konkursowy składa się z 2 członków Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego, zaproszonych przez Zarząd tego Towarzystwa, z pośród przedstawicieli tych gałęzi medycyny, do których należą prace złożone, oraz z wice-prezesa Towarzystwa, jako przewodniczącego. Komitet może odnosić się do innych członków Towarzystwa dla pozyskania w razie potrzeby opinji o pracach, do konkursu złożonych.

Autorowie prac, złożonych do konkursu, członkami Komitetu być nie mogą. Również nie mogą wchodzić w skład Komitetu kierownicy zakładów, w których prace wykonano.

Na ocenę prac wyznacza się termin trzymiesięczny, przyczem sposób zależy od unania Komitetu.

Przeszkodą dla otrzymania nagrody nie będzie ani rozmiar pracy ani śmierć autora po złożeniu pracy na konkurs we właściwym terminie.

Ostateczne przyznanie nagród przez Komitet odbywa się przez balotowanie tajne większością głosów, przyczem balotowanie odbywa się odrazu nad wszystkiemi pracami, nadesłanemi do konkursu.

O przyznaniu nagród Komitet zawiadamia Towarzystwo Lekarskie Warszawskie na najbliższem posiedzeniu Zarządu Towarzystwa i posiedzeniu klinicznem, z jednoczesnem podaniem prac złożonych na konkurs, oraz Zarząd Towarzystwa „Motor".

Prezes: *Dr. med. K. Zieliński,* Sekretarz Stały: *Prof. Dr. A. Gluziński.*

Państwowa Szkoła Higjeny. W dniu 2 listopada rb. odbyło się w Państwowej Szkole Higjeny otwarcie 9-cio miesięcznego kursu dla higjenistek-wywiadowczyń wiejskich.

Otwarcia dokonał Dyrektor Państwowej Szkoły Higjen., Dr. W. Chodźko, poczem Dr. M. Kacprzak wygłosił wstępny wykład o pracy higjenistki wiejskiej nad podniesieniem stanu sanitarnego wśród ludności wiejskiej.

Zadaniem kursu jest wyszkolenie pielęgniorek-wywiadowczyń dla tworzących się Ośrodków Zdrowia na wsi i w małych miasteczkach. Dotychczas akcja tych Ośrodków nie mogła się należycie rozwijać, wobec braku wykwalifikowanego personelu pielęgniarskiego.

Na kurs wpłynęło przeszło 250 zgłoszeń kandydatek, z których Państwowa Szkoła Higjeny mogła uwzględnić tylko 40; z pośród tej liczby 35 słuchaczek otrzymuje stypendja na pokrycie kosztów utrzymania podczas pobytu na kursie — z funduszów Departamentu Służby Zdrowia Min. Spraw Wewnętrznych.

W dniu 2 listopada r. b. odbyło się w Państwowej Szkole Higjeny otwarcie kursu wychowania fizycznego dla lekarzy. Po przemówieniu Dyrektora Państwowej Szkoły Higjeny,. Dra W Chodźki, wstępny wykład o organizacji wychowania fizycznego w Polsce wygłosił Ppłk. Ulrych, Dyrektor Państwowego Urzędu Wychowania Fizycznego i Przysp. Wojskowego.

Kurs ma za zadanie przeszkolenie lekarzy w zakresie badania i oceniania zdolności do ćwiczeń, opinjowania o racjonalności programów ćwiczeń sportowych, kontroli lekarzy nad pracą sportową, oraz współdziałania w organizacji wychowania fizycznego dzieci i młodzieży i propagandę wychowania fizycznego.

Na kurs Państwowa Szkoła Higjeny przyjęła 40 lekarzy.

Polskie Powszechne Towarzystwo Farmaceutyczne. Odezwa do P. P. Lekarzy! Państwo Polskie przechodzi ciężki okres ekonomiczny z powodu ujemnego bilansu handlowego, spowodowanego w dużej mierze nadmiernym importem artykułów zagranicznych. Ograniczenie tegoż importu jest nakazem zdrowej myśli obywatelskiej.

W dziale przywozowym artykułów farmaceutycznych wielką rolę odgrywają specyfiki zagraniczne, których ilość z roku na rok powiększa się, co również ujemnie wpływa na bilans handlowy.

Władze państwowe, chcąc należycie unormować obrót specyfikami często zbędnymi — opierającymi zazwyczaj swe istnienie na pomysłowej nieraz hałaśliwej reklamie — rejestrują tylko te specyfiki, które przedstawiają pewną wartość dla lecznictwa i stanowią postęp w terapji. Tą drogą powstał rejestr specyfików dozwolonych do obrotu, ogłaszany co pewien czas w „Monitorze".

W wyniku tych postanowień sprzedaż specyfików farmaceutycznych niepomieszczonych w wykazie urzędowym jest nielegalna, pociągająca do odpowiedzialności prawnej sprzedających. Przy-

wóz niedozwolonych specyfików zagranicznych pociąga za sobą pozatem represje ze strony władz celnych.

W tym stanie rzeczy uregulowanie handlu specyfikami zagranicznemi niedozwolonemi jest sprawą pilną. W dużej mierze zależne jest to od stanowiska P. P. Lekarzy, którzy przez nieprzepisywanie chorym specyfików zagranicznych niedozwolonych, zastępowanie ich formami receptowemi lub specyfikami krajowemi, mają możność zasadniczo wpłynąć na rozwiązanie tej oddawna palącej sprawy.

Dla wygody P. P. Lekarzy i Aptekarzy, wykaz specyfików farmaceutycznych, dozwolonych do obrotu w Polsce, ogłaszany częściami w „Monitorze“ został wydany w całości przez „Wiadomości Farmaceutyczne“ (Warszawa, Długa 16) w osobnej odbitce, ponadto pomieszczany jest rokrocznie w Kalendarzu Farmaceutycznym.

Pozatem wszystkie apteki będą chętnie informować P. P. Lekarzy, zgłaszających się telefonicznie z zapytaniem, czy dany specyfik posiada prawo obrotu w Państwie Polskiem.

Biorąc powyższe pod uwagę, Polskie Powszechne Towarzystwo Farmaceutyczne ma niepłonną nadzieję, że P. P. Lekarze poprą nasze i władz państwowych zabiegi w kierunku wytępienia nielegalnego handlu niezarejestrowanemi specyfikami farmaceutycznemi.

Polskie Powszechne Towarzystwo Farmaceutyczne.

Kurs Ogólnodokształcający dla lekarzy przy Wydziale Lekarskim Uniw. Warsz. w obecnym roku akademickim rozpocznie się dnia 14. III. 1929 roku i będzie trwał do 23. III. tegoż roku. Bliższe informacje będą niebawem ogłoszone.

Stowarzyszenie Lekarzy Polskich. W listopadzie b. r. w siedzibie Stowarzyszenia Lekarzy Polskich odbyły się 2 posiedzenia odczytowo - dyskusyjne, na których, po komunikatach Zarządy były wygłoszone odczyty następujące: 1) Piątek, 9 listopada, 8.30 wiecz. Prof. Dr. Jan Lewiński: Klimaty kopalne. 2) Piątek, 16 listopada, 8.30 wiecz. Dr. Med. Marceli Gromski: Podstawy organizacji opieki nad dzieckiem w Polsce.

Odezwa Stowarzyszenia Lekarzy Polskich do Zarządów Zdrojowisk, Uzdrowisk i Zakładów Leczniczych w Polsce. Doceniając w należytej mierze wielkie znaczenie uzdrowisk, jako wytwórni zdrowia i jako ważnego czynnika gospodarstwa krajowego, Stowarzyszenie Lekarzy Polskich — śród swych zadań — wciągu 3 lat wysunęło stałe i planowe dążenie do przyczynienia się do możliwie szybkiego dźwignięcia naszych uzdrowisk na poziom wymagań współczesnych.

W okresie wiosennym przed rozpoczęciem leczniczych sezonów w uzdrowiskach odbyły się w siedzibie Stowarzyszenia Lekarzy polskich już 3 cykle wykładów balneologicznych, które zapoznały szersze koła lekarskie i liczne osoby zainteresowane z obecnym stanem urządzeń wielu naszych uzdrowisk. W akcji szerokiego spopularyzowania naszych uzdrowisk a tem samem odciągnięcia publiczności naszej od uzdrowisk zagranicznych wzięły dotychczas udział uzdrowiska następujące: Busk, Ciechocinek, Druskienniki, Grodzisk, Inowrocław, Krynica, Morszyn, Nałęczów, Rabka, Szczawnica, Truskawiec (w r. 1926), Iwonicz (w r. 1927), Kosów, Lubień, Niemirów, Solec (w r. 1928), powtórnie Krynica (1927) i Truskawiec (1928 r.).

Prócz obrazu urządzeń poszczególnych udrowisk staraniem Zarządu Stowarzyszenia Lekarzy Polskich omawiane były również w odczytach zagadnienia z dziedziny balneo- i klimatoterapji w zastosowaniu do naszych uzdrowisk, dalej tematy dotyczące całych grup uzdrowisk, budzących się dopiero do życia (uzdrowiska doliny Prutu, jaru Dniestrowego, Pomorza) wraz z uwzględnieniem wskazań leczniczych; wreszcie szeroko były traktowane sprawy gospodarcze naszych uzdrowisk.

Odczyty z tej dziedziny zawdzięczamy stałej współpracy i pomocy Związku Uzdrowisk Polskich, ściślej mówiąc, Członków Zarządu tej instytucji, która za cel postawiła sobie gospodarkę organizacyjną naszych uzdrowisk, a która w swej planowej i energicznej akcji zdołała już zespolić w ramach Związku większość naszych uzdrowisk łącznie z uzdrowiskami państwowemi.

Ważne posunięcie uczyniło Stowarzyszenie Lekarzy Polskich w r. 1927 składając p. ministrowi oświaty i wyznań religijnych i p. ministrowi spraw wewnętrznych memorjał, uzasadniający potrzebę niezwłocznego utworzenia katedr z dziedziny balneo- i klimatologji polskiej na wydziałach lekarskich naszych uniwersytetów, gospodarcza bowiem organizacja uzdrowisk musi być oparta na fundamencie naukowej organizacji tychże. W instytucjach specjalnie temu celowi poświęconych narówni z pracą badawczą nad działaniem naszych zdrojów i naszego klimatu, odbywałoby się szkolenie przyszłych adeptów medycyny, jako pionierów naszego zdrojo- i klimatolecznictwa.

Odczyty były licznie uczęszczane tak przez lekarzy, jak i przez publiczność; zazwyczaj rozwijała się po nich ożywiona dyskusja; niektóre odczyty ukazały się już w druku i stały się przeto dostępnemi dla ogółu tak, że akcja odczytowa niewątpliwie dobrze spełniła swe zadanie na rzecz propagandy naszych uzdrowisk.

Faktem wysoce dodatnim jest, że we wszystkich prawie uzdrowiskach naszych widzimy ciągły postęp czy to w inwestycjach, czy w meljoracjach, a niektóre uzdrowiska wykazują niezwykły wprost rozwój. Jednakże bardzo jest jeszcze tutaj dużo do zrobienia i dlatego rozpoczęte dzieło propagandy naszych uzdrowisk należy prowadzić nadal z niesłabnącą energią, potrzeba bowiem nieustannych bodźców, jako zaczynu twórczego, podtrzymującego wysiłki poszczególne i sprowadzającego je do wspólnego mianownika. Celem zabiegów Stowarzyszenia Lekarzy Polskich jest możliwe szybkie wciągnięcie do wspólnego działania wszystkich naszych uzdrowisk. A że z roku na rok liczba uzdrowisk nowych, biorących udział we wspólnej akcji, powiększa się i że niektóre uzdrowiska już w r. z. zapowiedziały swój udział w akcji odczytowej w r. 1929, więc wnosić stąd można, że zespolenie wszystkich naszych uzdrowisk ku podniesieniu zdrojownictwa naszego do poziomu europejskiego ziści się w niedługim czasie.

W tem głębokiem przeświadczeniu Stowarzyszenie Lekarzy Polskich przystępuje do zorganizowania w r. 1929 4-go cyklu odczyców z dziedziny balneo- i klimatoterapji polskiej i powołując się na swą wstępną okólnikową odezwę z lipca r. b., przypominającą potrzebę systematycznego zbierania materjałów na odczyty r. 1929, zwraca się do Zarządów Uzdrowisk z wezwaniem o wczesne nadsyłanie zgłoszeń na odczyty, aby materjał odczytowy można było rozplanować odpowiednio i rozpocząć odczyty już z początkiem roku przyszłego.

Jako ogólną wskazówkę co do treści odczytów, podajemy poniżej wyjątek z 1-szej odezwy Stowarzyszenia Lekarzy Polskich: „Każdy zakład leczniczy przyszle sam na dany termin swego mówcę, który w krótkim a zwięzłym odczycie, trwającym nie dłużej, jak godzinę, przedstawi dane geologiczne i klimatyczne, własności zdrojów, komunikację, urządzenia balneologiczne, wskazania lecznicze, warunki pobytu, projekty ulepszeń na przyszłość. Po odczycie dyskusja. Postawione dezyderaty będą skrzętnie notowane i będą przesyłane Zarządom wód oraz brane pod uwagę przy wycieczkach do naszych zdrojowisk, organizowanych przez Stowarzyszenie Lekarzy Polskich w celu poznania naszych zdrojowisk na miejscu“. Rzecz prosta, że odczyty — prócz ogólnej charakterystyki urządzeń uzdrowiskowych — w równej mierze uwzględniać mogą zagadnienia z dziedziny gospodarki lub lecznictwa uzdrowiskowego. W końcu nadmieniamy, że pożądane jest krótkie streszczenie odczytu celem umieszczenia w pamiętniku Stowarzyszenia Lekarzy Polskich oraz notatka późniejsza ze wskazaniem czasopisma, o ile odczyt został wydrukowany.

Przewodniczący *Dr. E. Osiński*

Lwów.

Polskie Towarzystwo Higjeniczne we Lwowie jeszcze ma do dyspozycji pewien zapas broszury popularnej Dra Antoniego Sawickiego p. t. „Gruźlica czyli t. zw. suchoty“, a także Szczepana Mikołajskiego „O gruźlicy czyli suchotach“.

Zamówienia należy kierować pod adresem: Polskie Towarzystwo Higjeniczne, Lwów, Piekarska 52. Cena egzemplarza broszury Dra Sawickiego wynosi 20 gr, Dra Mikołajskiego 15 gr.

Z kraju.

VII Polski Kongres Przeciwalkoholowy w Lublinie. W dniach 8 do 9 grudnia odbędzie się w Lublinie 8-my Polski Kongres Przeciwalkoholowy. Miejscowy komitet organizacyjny pod przewodnictwem Dr. Drożdża rozpoczął energiczne przygotowania. Poszczególne referaty wygłoszą: Prof. Gantkowski z Poznania, b. minister Chodźko, Prof. Radziwiłłowicz, dyrektor Duchowicz i inni. Na kongres spodziewany jest bardzo liczny zjazd delegatów z poszczególnych okolic Polski. Podczas Kongresu zostanie otwarta wystawa przeciwalkoholowa.

Sprostowanie omyłek druku.

W ogłoszonym w numerze 44 Polskiej Gazety Lekarskiej z r. b. na stronicy 811 Liście do redakcji Dra Maysnera w szpalcie pierwszej, wiersz 11 od dołu zamiast słowa „używano“ ma być „wzywano“.